

Université de Montréal

**La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un
polytraumatisé à l'urgence**

par Alexandra Lapierre

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès (M.Sc.)
en sciences infirmières
option expertise-conseil

Avril, 2018

© Alexandra Lapierre, 2018

Résumé

Les traumatismes constituent la principale cause de décès chez les jeunes adultes québécois. Ainsi, la prise en charge du polytraumatisé à la salle d'urgence est cruciale afin d'optimiser les soins et éviter un décès prématuré. Plusieurs études ont souligné d'importantes lacunes dans la collaboration entre les différents professionnels composant l'équipe de traumatologie, créant un enjeu majeur quant à la qualité des soins prodigués. Cette étude qualitative descriptive de type exploratoire a pour but d'explorer l'expérience de la collaboration interprofessionnelle (CIP), selon le point de vue des professionnels de la santé, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence. Plus précisément, elle vise à connaître la description que les professionnels de la santé font du concept de la CIP en traumatologie, ainsi que l'identification des facteurs facilitants et contraignants cette collaboration. Le cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle de Reeves, Lewin, Espin et Zwarenstein (2010) a servi d'assise théorique et a structuré chaque étape de cette étude. Des entrevues individuelles et un groupe de discussion ont notamment été menés auprès de sept professionnels de la santé impliqués lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence. De plus, deux observations structurées de la prise en charge d'un polytraumatisé ont été réalisées. Suite à une analyse par thématique, les résultats démontrent que pour les participants de cette étude, la CIP se décrit comme étant l'ensemble de sept éléments essentiels, dont principalement, la communication et le fait d'avoir un but commun, le patient. Quant aux facteurs influençant la CIP, ils se divisent en cinq grandes catégories : individuels, relationnels, procéduraux, organisationnels et contextuels. Les facteurs individuels, catégorie ne faisant pas partie du cadre conceptuel de Reeves et al. (2010), ont d'ailleurs émergé des propos des participants comme étant un élément jouant un rôle important dans la CIP. En outre, les résultats de la présente étude devraient permettre de mieux comprendre la réalité vécue par les différents professionnels de la santé lors de la prise en charge d'un polytraumatisé et apparaissent comme étant le fondement de futures recherches sur le développement d'une intervention visant la consolidation des pratiques collaboratives des professionnels de la santé travaillant dans ce contexte de soins spécifique.

Mots-clés : collaboration, polytraumatisé, étude qualitative, traumatologie, services d'urgence

Abstract

Trauma is the leading cause of death among young adults in Quebec. Thus, the management of polytrauma in the emergency room is absolutely crucial to optimize care and prevent premature death. Unfortunately, several studies have highlighted important gaps in collaboration between the various professionals on the trauma team, creating a major challenge to the quality of care provided. This descriptive qualitative exploratory study aims to explore the experience of interprofessional collaboration (IPC), according to the point of view of health professionals, when treating a polytraumatic patient in the emergency room. More specifically, this study aims to determine the description that health professionals make of the concept of IPC in traumatology, as well as the identification of factors facilitating and limiting this collaboration. The conceptual framework to understand the interprofessional collaboration of Reeves, Lewin, Espin and Zwarenstein (2010) has served as a theoretical and structured basis for each step of this study. Individual interviews and a focus group were conducted among seven health professionals involved in the management of a polytrauma patient in the emergency room. In addition, two structured observations of the management of a polytraumatized patient were performed. Following a thematic analysis, the results show that for the participants of this study, the IPC describes itself as being the set of seven essential elements, including communication and having a common goal (the patient). The factors influencing IPC are multiple and fall into five broad categories: individual, relational, procedural, organizational and contextual. Individual factors, a category that is not part of the conceptual framework of Reeves and al. (2010), have emerged as being a major part of the IPC. In addition, the results of this study should provide a better understanding of the reality experienced by different health professionals when dealing with a polytrauma patient and appear to be the basis for future research on the development of an intervention aiming to consolidate the collaborative practices of health professionals working in this specific care context.

Keywords: collaboration, polytraumatized patient, qualitative study, traumatology, emergency services

Table des matières

RESUME	I
ABSTRACT	II
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
REMERCIEMENTS.....	IX
PROBLÉMATIQUE	1
BUT DE L'ETUDE	5
RECENSION DES ÉCRITS.....	6
DEMARCHE DOCUMENTAIRE	6
LA TRAUMATOLOGIE	7
<i>Définition de « polytraumatisé »</i>	<i>7</i>
<i>Le continuum de services</i>	<i>8</i>
<i>Les standards de pratique.....</i>	<i>10</i>
<i>L'équipe en traumatologie.....</i>	<i>12</i>
LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE.....	13
<i>Définition.....</i>	<i>13</i>
<i>Les bénéfices</i>	<i>15</i>
<i>Les compétences nécessaires.....</i>	<i>16</i>
<i>Les facteurs facilitants et contraignants.....</i>	<i>17</i>
<i>En contexte de traumatologie.....</i>	<i>19</i>
CADRE CONCEPTUEL	27
MÉTHODOLOGIE.....	30
DEVIS	30
MILIEU DE L'ETUDE.....	31
ÉCHANTILLON	31
DEROULEMENT DE L'ETUDE ET COLLECTE DE DONNEES	31
<i>Les entrevues individuelles semi-dirigées (temps 1)</i>	<i>32</i>

<i>L'observation directe structurée (temps 2)</i>	33
<i>Le groupe de discussion focalisé (temps 3)</i>	33
ANALYSE DES DONNEES	34
CRITERES DE SCIENTIFICITE	35
CONSIDERATIONS ETHIQUES	36
RÉSULTATS	38
DESCRIPTION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	39
<i>L'infirmière</i>	40
<i>L'assistante-infirmière-chef</i>	40
<i>L'urgentologue</i>	41
<i>L'inhalothérapeute</i>	41
<i>La conseillère en soins infirmiers de l'urgence</i>	41
<i>La préposée aux bénéficiaires</i>	42
<i>L'ambulancier paramédical</i>	42
DESCRIPTION DE LA CIP SELON LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	43
<i>Thème 1. La communication</i>	43
<i>Thème 2. Avoir un but commun, le patient</i>	43
<i>Thème 3. Connaître son rôle et celui des autres</i>	44
<i>Thème 4. Le respect</i>	44
<i>Thème 5. L'écoute</i>	44
<i>Thème 6. La collaboration bidirectionnelle</i>	45
<i>Thème 7. La présence d'un leader</i>	45
LES FACTEURS FACILITANTS ET CONTRAIGNANTS LA CIP SELON LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	45
<i>Les facteurs individuels</i>	46
<i>Les facteurs relationnels</i>	48
<i>Les facteurs procéduraux</i>	56
<i>Les facteurs organisationnels</i>	60
<i>Les facteurs contextuels</i>	62
LES FACTEURS INFLUENÇANT LA CIP SELON LES OBSERVATIONS DIRECTES	64

<i>Le premier cas</i>	64
<i>Le deuxième cas</i>	65
LES PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA CIP SELON LES PROFESSIONNELS DE LA SANTE	68
SYNTHESE	69
DISCUSSION	72
DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE EN COMPARAISON AVEC LES ECRITS SCIENTIFIQUES	72
<i>Description de la CIP selon les professionnels de la santé</i>	72
<i>Les facteurs individuels influençant la CIP</i>	74
<i>Les facteurs relationnels influençant la CIP</i>	75
<i>Les facteurs procéduraux influençant la CIP</i>	78
<i>Les facteurs organisationnels influençant la CIP</i>	80
<i>Les facteurs contextuels influençant la CIP</i>	81
<i>Les propositions pour améliorer la CIP selon les professionnels de la santé</i>	82
CONTRIBUTIONS THEORIQUES ET METHODOLOGIQUES DE L'ETUDE	83
FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	84
RETOMBÉES DE L'ETUDE	85
<i>Les retombées pour la pratique</i>	85
<i>Les retombées pour la recherche</i>	86
<i>Les retombées pour la gestion</i>	86
<i>Les retombées pour la formation</i>	87
BIBLIOGRAPHIE	88
APPENDICE A	X
RESUME DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE	X
APPENDICE B	XII
ÉCHELLE QUEBÉCOISE DE TRIAGE PREHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE	XII
APPENDICE C	XIV
ALERTE EN TRAUMATOLOGIE	XIV

APPENDICE D	XVI
ÉVALUATION PRIMAIRE ET SECONDAIRE	XVI
APPENDICE E.....	XIX
TABLEAU COMPARATIF DES ANALYSES DE CONCEPT	XIX
APPENDICE F.....	XXI
LETTRE D’INVITATION A L’ETUDE	XXI
APPENDICE G	XXIII
NOTE DE SERVICE : DEROULEMENT D’UNE ETUDE A L’URGENCE.....	XXIII
APPENDICE H	XXV
GUIDE D’ENTRETIEN POUR LES ENTREVUES INDIVIDUELLES SEMI-DIRIGÉES	XXV
APPENDICE I	XXVIII
FICHE SOCIODEMOGRAPHIQUE	XXVIII
APPENDICE J	XXX
GRILLE D’OBSERVATION STRUCTUREE	XXX
APPENDICE K	XXXIV
GUIDE D’ENTRETIEN POUR LE GROUPE DE DISCUSSION FOCALISEE.....	XXXIV
APPENDICE L.....	XXXVI
DOCUMENT PREPARATOIRE POUR LES PARTICIPANTS – GROUPE DE DISCUSSION	XXXVI
APPENDICE M	XLIV
EXEMPLE DE TABLEAU D’ANALYSE.....	XLIV
APPENDICE N	XLVIII
LETTRE D’AUTORISATION A L’ETHIQUE	XLVIII
APPENDICE O	LI
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	LI

Liste des tableaux

Tableau I. L'ABCDE : L'évaluation primaire en traumatologie	12
Tableau II. Les énoncés des domaines de compétences en matière d'interprofessionnalisme.	17
Tableau III. Données sociodémographiques et autres données pertinentes des participants....	40
Tableau IV. Les facteurs individuels facilitants et contraignants la CIP	46
Tableau V. Les facteurs relationnels facilitants et contraignants la CIP	49
Tableau VI. Les facteurs procéduraux facilitants et contraignants la CIP	56
Tableau VII. Les facteurs organisationnels facilitants et contraignants la CIP	60
Tableau VIII. Les facteurs contextuels facilitants et contraignants la CIP	62
Tableau IX. Les facteurs facilitants la CIP selon les observations directes.....	66
Tableau X. Les facteurs contraignants la CIP selon les observations directes	67
Tableau XI. Les propositions pour améliorer la CIP par les professionnels de la santé.....	68
Tableau XII. Résumé de la recherche documentaire	xi
Tableau XIII. Évaluation primaire et secondaire en traumatologie	xvii
Tableau XIV. Comparaison des attributs des analyses de concept.....	xx
Tableau XV. Exemple de tableau d'analyse.....	xlvi

Liste des figures

Figure 1. Le continuum de services en traumatologie (INESSS, 2017).	9
Figure 2. Cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle	29
Figure 3. Fréquence des thèmes de la description de la CIP	43
Figure 4. Schéma synthèse des résultats de l'étude.....	71
Figure 5. L'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie	xiii

Remerciements

Tout d'abord, je désire remercier la générosité des participants de cette étude. Sans vous, rien n'aurait été possible.

Je tiens aussi à remercier de tout cœur mon directeur et ma co-directrice de recherche, Jérôme Gauvin-Lepage et Hélène Lefebvre, qui ont su me guider tout au long du cheminement de la maîtrise par leur grande disponibilité, leur soutien constant et leurs conseils judicieux. Vous avez été toutes deux de grandes sources d'inspiration et m'avez encouragé à me dépasser tout au long de ce projet.

Ensuite, je souhaite remercier la Faculté des sciences infirmières, la Fondation Marc-Chouinard, la Fondation Santa Cabrini, le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur de concert avec le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) ainsi que l'Université de Montréal de m'avoir octroyé des bourses d'études me permettant de me concentrer davantage sur la réalisation de ce projet d'études.

Je remercie également les membres du comité d'approbation scientifique et du jury, mesdames Louise Boyer et Caroline Arbour, d'avoir accordé leur temps à la lecture de ces chapitres. Votre rétroaction et vos suggestions auront été précieuses.

Aussi, une attention spéciale à mes proches qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de cette grande aventure, mon frère Yanic, ma mère France, son conjoint Éric, ma belle-mère Diane et mon beau-père, Jean-Pierre. Un merci spécial à toi, Gabriel, mon amoureux, pour ton soutien au quotidien et ton indéniable confiance en l'atteinte de mes rêves.

Enfin, merci à toi papa, mon ange gardien, de veiller sur moi de là-haut. Je sais que cette réussite serait pour toi une grande fierté.

PROBLÉMATIQUE

Les traumatismes représentent un problème de santé mondial (Haagsma et al., 2015). Dans les pays développés, notamment le Canada, ceux-ci demeurent la première cause de mortalité chez les adultes de moins de 44 ans (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013; Haagsma et al., 2015; Urden, Stacy et Lough, 2010). Les accidents de véhicules à moteurs, les chutes accidentelles et les blessures intentionnelles, telles que les blessures auto-infligées et les agressions, sont d'ailleurs les principales causes de décès chez les jeunes adultes québécois (Institut de la statistique du Québec, 2015). De fait, il est à noter qu'en 2010, les traumatismes ont coûté au Québec près de 5.7 milliards de dollars (Parachute, 2015).

Les deux principales causes de mortalité suite à de multiples traumatismes demeurent les lésions cérébrales (MacLeod, Cohn, Johnson et McKenney, 2007; Mejaddam et Velmahos, 2012; Moore et al., 2016; Pfeifer, Tarkin, Rocos et Pape, 2009) et les hémorragies (Pfeifer et al., 2009). D'ailleurs, les atteintes crâniennes occupent une place particulière en raison de leur fréquence, de leur gravité potentielle et de l'importance des séquelles qu'elles peuvent entraîner sur la vie future (Gabbe, Harrison, Ameratunga, Fitzgerald et Collie, 2016). Des études ont notamment démontré que les multiples traumatismes ont des répercussions sur plusieurs sphères de la vie, soit physique, mentale, cognitive et sociale, ce qui, par conséquent, affecte la qualité de vie, et ce, souvent à long terme (Soberg, Bautz Holter, Roise et Finset, 2007; Tøien, Bredal, Skogstad, Myhren et Ekeberg, 2011). Ainsi, les personnes atteintes de traumatismes sévères nécessitent une prise en charge rapide et efficace afin de diminuer le risque de mortalité et de morbidité. En raison de leur incidence, des coûts liés aux soins de santé et de réadaptation, ainsi qu'à l'impact sur la personne atteinte et ses proches, les traumatismes demeurent un enjeu majeur pour la société.

Dans les services d'urgence, la prise en charge initiale du polytraumatisé vise essentiellement à stabiliser les fonctions vitales et éviter un décès prématuré (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013). Les équipes interprofessionnelles doivent ainsi prodiguer des soins adéquats et de qualité dans ce contexte de soins où la nature et la rapidité des interventions déployées peuvent faire la différence entre la vie et la mort. Ainsi, les traumatismes multiples représentent un défi pour les professionnels de la santé qui doivent réagir avec rapidité et établir des priorités d'intervention selon les standards de pratique en traumatologie (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013; Emergency Nurses Association, 2014; National Emergency Nurse Association, 2014). À cet égard, ce contexte de soins se caractérise notamment

par une charge de travail élevée où il n'y a pas place à l'erreur (Parsons et al., 2012). Plus souvent qu'autrement, la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence est perçue par le personnel infirmier comme un défi en raison de l'imprévisibilité de l'évolution clinique du patient (Curtis, 2001; Vasli et Ndehghan-Nayeri, 2016). La gestion de ces patients est ainsi exigeante et laisse parfois un sentiment de perte de contrôle et un stress élevé (Curtis, 2001; Vasli et Ndehghan-Nayeri, 2016).

Dans les dernières décennies, des avancées importantes ont été réalisées quant à la prise en charge des patients polytraumatisés, tant en préhospitalier que dans les milieux d'urgence (Probst et al., 2009; Urden et al., 2010). L'élaboration dans les années 1980 du programme ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) pour les médecins et du TNCC (*Trauma Nursing Core Course*) pour les infirmières, fournissent des guides de pratique en traumatologie internationalement reconnus. De plus, au Québec, l'implantation du continuum de services en traumatologie (CST) au début des années 1990 a fortement contribué à faire diminuer le taux de mortalité des personnes victimes de traumatismes majeurs (INESSS, 2012; Moore et al., 2015; Société de l'assurance automobile du Québec, 2014). En effet, ce continuum a pour objectif d'améliorer l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et la qualité des services offerts aux personnes victimes d'un traumatisme modéré ou grave (INESSS, 2012). À trois niveaux, on y retrouve les centres hospitaliers dédiés à la traumatologie (primaire, secondaire, tertiaire), dont majoritairement des centres secondaires. Malgré ce continuum, la prise en charge d'un polytraumatisé dans les hôpitaux reste un défi (Chua, D'Amours, Sugrue, Caldwell et Brown, 2009; Curtis, 2001; Moore et al., 2016; Sarcevic, Marsic, Waterhouse, Stockwell et Burd, 2011).

En fait, l'une des particularités de la prise en charge d'un polytraumatisé est qu'elle ne peut être gérée de façon efficace par une seule personne. Elle exige plutôt la prise en charge d'une équipe interprofessionnelle. Les prises de décisions se font sous haute pression et chaque minute compte, car le pronostic du patient est souvent engagé. De plus, les équipes n'étant pas stables, elles sont souvent composées de professionnels ayant des connaissances et une expertise clinique variables (Sarcevic et al., 2011). En d'autres termes, pour être efficace dans la prise en charge de ces patients, la collaboration interprofessionnelle (CIP) est primordiale. Celle-ci est d'ailleurs devenue une priorité pour plusieurs organismes, dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec

(OPQ), tous préoccupés par l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts dans les différents services de santé du Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).

L'interprofessionnalité est décrit comme une pratique cohésive entre plusieurs professionnels faisant partie de différentes disciplines (D'Amour, Ferrada-Videla, Rodriguez et Beaulieu, 2005; D'Amour et Oandasan, 2005), ce qui implique une interaction et un partage des connaissances, afin de résoudre de façon optimale des problématiques complexes tout en gardant une approche centrée sur le patient (D'Amour et al., 2005; D'Amour et Oandasan, 2005). Dans ce sens, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) a identifié six domaines de compétences pour une CIP efficace : la communication interpersonnelle, les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, la clarification des rôles, le travail d'équipe, le leadership collaboratif et la résolution de conflits interpersonnels.

En contexte de traumatologie, la CIP pose un défi dans sa mise en place. En effet, la communication et la coordination des soins sont identifiées comme étant des priorités en recherche dans les pays développés (World Health Association, 2009). Toutefois, plusieurs études ont démontré d'importantes lacunes sur le plan de la communication et de la coordination des équipes lors de la prise en charge des traumatismes sévères (Bergs, Rutten, Tadros, Krijnen et Schipper, 2005; Chua et al., 2009; Curtis, 2001; Sugrue, Seger, Kerridge, Sloane et Deane, 1995). Celles-ci feraient d'ailleurs partie des principales causes d'erreurs médicales évitables (Flin, Winter, Sarac et Raduma, 2009), d'où l'importance de s'y attarder. De fait, plusieurs aspects d'un travail d'équipe efficient ont un impact sur la qualité des soins offerts aux patients et leur sécurité (Manser, 2009). Plusieurs auteurs se sont notamment intéressés aux compétences non-techniques en traumatologie. Ceux-ci font référence, par exemple, au leadership, à la coopération et à la communication (Steinemann et al., 2012). Les études à ce sujet ont démontré qu'il existe une corrélation positive entre ces compétences et la performance clinique des équipes de soins en traumatologie (Briggs et al., 2015; Pucher, Aggarwal, Batrick, Jenkins et Darzi, 2014). Aussi, le respect, la confiance, une vision partagée du plan de soins et une compréhension similaire des tâches et des rôles de chacun font partie d'une pratique collaborative efficace (Manser, 2009). Toutefois, plusieurs barrières à la CIP ont été identifiées, telles que la valorisation de la hiérarchie des professionnels de la santé (Hall, 2005; Kvarnström, 2008). Aussi, la formation de ces professionnels limite le développement d'une relation adéquate et efficiente entre eux, car elle

traite peu de la compétence collaborative (Hall, 2005). De plus, il apparaît, selon Hall (2005), que la collaboration est perçue différemment d'un professionnel à l'autre.

Somme toute, dans les dernières années, beaucoup d'auteurs se sont intéressés à l'évaluation d'interventions pour améliorer la collaboration des équipes en traumatologie, principalement sur le plan de la formation et de la simulation clinique (Ajeigbe, McNeese Smith, Leach et Phillips, 2013; Capella et al., 2010; Gjerra, 2014; Steinemann et al., 2011), mais très peu d'études ont exploré la façon dont les équipes interprofessionnelles interviennent auprès d'un polytraumatisé en salle d'urgence (Courtenay, Nancarrow et Dawson, 2013). De surcroît, les études recensées abordent majoritairement la CIP selon le point de vue d'une ou de deux disciplines professionnelles tout au plus, ce qui ne reflète pas la réalité d'une équipe soignante complète en traumatologie. L'exploration de ce sujet auprès de plusieurs professionnels de la santé en traumatologie devrait permettre une vision plus holistique de ce phénomène encore peu étudié. D'autant plus, d'une perspective disciplinaire, cette étude aura des retombées sur les infirmières qui doivent s'impliquer dans le développement interprofessionnel et mieux comprendre ce phénomène, de par leur rôle central qu'elles occupent au sein des équipes de soins.

Pour la réalisation de cette étude, le cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle de Reeves, Lewin, et al. (2010) a servi d'assise conceptuelle et a supporté la démarche scientifique. Ce cadre, issu de la sociologie, permet notamment de mieux comprendre les facteurs influençant la CIP, et ce, en les divisant en quatre grands domaines, soit relationnel, procédural, organisationnel et contextuel.

But de l'étude

Le but de cette étude est d'explorer l'expérience de la CIP, selon le point de vue des professionnels de la santé, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire. Les questions de recherche sont les suivantes :

- 1) Quelle description les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire font-ils de la CIP ?
- 2) Quels sont les facteurs facilitants et contraignants la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire ?
- 3) Quels sont les propositions des professionnels de la santé afin d'améliorer la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé au service d'urgence ?

RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre présente une revue des écrits théoriques et empiriques traitant des deux thématiques à l'étude, soit la traumatologie et la collaboration interprofessionnelle (CIP). La première section aborde plus spécifiquement la définition du terme polytraumatisé, des standards de pratique en traumatologie, du continuum de services au Québec et des équipes de soins spécifiques à ce contexte. La deuxième section présente l'état des connaissances relatives à la CIP, dont sa définition, ses bénéfices, ses compétences ainsi que ses facteurs facilitants et contraignants. Aussi, une recherche plus spécifique entre ces deux grands thèmes a été effectuée et est abordée. Pour terminer, le cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle de Reeves, Lewin, et al. (2010) est présenté.

Démarche documentaire

En premier lieu, une recherche documentaire relative à la traumatologie a été effectuée à l'aide des mots-clés suivants : *polytrauma*, *multiple trauma*, *multiple injuries*, *trauma center* ET *definition*, *classification*. Les écrits entre 2006-2017 ont été consultés sur les bases de données, telles que CINAHL, Web of Science et Pubmed. Ces recherches ont offert un nombre significatif de références en lien avec la définition et les systèmes de classification en traumatologie (n=15). Plusieurs écrits, tels que l'*Advanced Trauma Life Support*, le *Trauma Nursing Core Course*, le *General Trauma and Related Aspects Book* et le *Trauma Team Dynamics Book*, ont été consultés afin de décrire la pratique clinique en traumatologie ainsi que la composition des équipes. De plus, le site internet ainsi que les documents émis par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) ont également offert de nombreuses informations, notamment en lien avec le système de santé au Québec.

En second lieu, une revue de la littérature portant sur la CIP a été réalisée à l'aide des mots-clés suivants : *collaboration*, *multidisciplinary*, *interprofessional*, *interdisciplinary*. Les bases de données, telles que CINAHL, Scopus et Web of Science, ont été consultées. Afin de préciser cette recherche, une sélection d'articles s'est opérée en lien avec le domaine de la santé, dont les soins d'urgence, les soins critiques et la traumatologie. Seuls les écrits en français et en anglais datant de moins de dix ans ont été recensés, sauf quelques exceptions, telles que l'analyse de concept de Henneman, Lee et Cohen (1995) et les écrits sur la CIP de D'Amour et Oandasan (2005), de D'Amour et al. (2005), et de San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour et Ferrada-Videla (2005),

de par leur nature classique dans le domaine. D'autres références ont aussi été choisies après la lecture des bibliographies de certains articles. Suite à la lecture des résumés des 663 écrits recensés, un total de 38 articles au sujet de la CIP ont été sélectionnés et analysés de par leur pertinence avec, soit la conceptualisation du terme « collaboration » ou le contexte des soins critiques (n=38). Enfin, une recherche plus spécifique, utilisant les mêmes mots-clés de ces deux grands thèmes, a été effectuée de façon à recenser les articles abordant la CIP en contexte de traumatologie. Après la lecture des résumés des 76 articles recensés, seulement 14 se sont avérés pertinents (n=14). L'appendice A présente un résumé de la recherche documentaire réalisée.

La traumatologie

Par définition, la traumatologie est la spécialité médicale qui se consacre à l'étude des traumatismes physiques ainsi qu'au traitement des patients ayant subi de graves blessures, généralement au cours d'un accident (Gouvernement du Québec, 2016). Les traumatismes sont habituellement classés selon l'organe atteint : musculo-squelettique, craniocérébral, rachidien, thoracique, abdo-pelvien et lésion de la peau (Emergency Nurses Association, 2014). Ils peuvent être provoqués par une chute, un accident de véhicule à moteur, une explosion, un objet perforant, tranchant ou contondant. Ces derniers peuvent entraîner soit une ou plusieurs contusion(s), plaie(s), hématome(s), entorse(s), luxation(s) ou fracture(s). Il existe aussi les traumatismes par brûlures qui peuvent être induits de façon chimique ou thermique. Dans la pratique clinique, une personne ayant subi de multiples traumatismes est couramment appelée un « polytraumatisé ».

Définition de « polytraumatisé »

Pour le définir, il faut tout d'abord comprendre les différents systèmes de classifications des blessures. Ceux-ci ont été développés afin de décrire la gravité et prédire la probabilité de survie des patients atteints de traumatismes. Initialement, l'échelle abrégée des traumatismes (EAT ou AIS pour *Abbreviated Injury Scale*) a été développée en 1971. Celle-ci s'avère être une échelle numérique décrivant les blessures individuelles, catégorisées selon neuf régions du corps (Committee on Medical Aspects of Automotive Safety, 1971). Ensuite, l'indice de gravité des blessures (IGB ou ISS pour *Injury Severity Score*) a été créé (Baker, O'Neil, Haddon et Long, 1974). Ce système de classification permet de donner un pointage général aux patients ayant plusieurs blessures. Pour ce faire, on attribue à chaque blessure une note sur l'échelle abrégée des traumatismes (EAT), et ce, en fonction des six régions corporelles, puis on détermine le pointage

au carré de chacune des trois régions corporelles ayant les blessures les plus graves. Ensuite, on additionne ces pointages pour obtenir le résultat de l'indice de gravité des blessures (IGB). Celui-ci se situe entre 0 et 75. Ainsi, si une blessure reçoit une note EAT de 6, signifiant une blessure mortelle, le pointage IGB est automatiquement de 75. D'ailleurs, l'IGB est le système de classification de la sévérité des blessures le plus utilisé mondialement, y compris le registre national des traumatismes du Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2013).

Le concept de polytraumatisé est apparu dans les années 1970 (Butcher et Balogh, 2014). Plusieurs auteurs se sont penchés sur la définition de ce concept (Butcher et Balogh, 2012, 2013; Paffrath, Lefering, Flohe et Flohé, 2014). Or, les écrits des dernières années indiquent qu'il n'y avait aucun consensus sur la définition d'un polytraumatisé (Butcher et Balogh, 2009; Pape, 2012). En 2012, un consensus international impliquant les différentes associations de traumatologie de l'Allemagne, de l'Europe, des États-Unis, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de la Grande-Bretagne a eu lieu à Berlin afin de statuer sur cette définition : « $IGB \geq 15$, $EAT \geq 3$ pour au moins deux régions du corps et au moins une de ces cinq conditions pathologiques : hypotension, inconscience, acidose, trouble de la coagulation et l'âge ≥ 70 ans » [traduction libre] (Pape et al., 2014, p. 784).

Dans le cadre de cette étude, cette définition n'est pas réaliste puisque le calcul du pointage IGB ne se fait pas dans la pratique courante. En fait, ce système de classification a ses limites et sert principalement à des fins de statistiques (Bouillon, 2014). Par conséquent, une définition plus globale et plus simple provenant des livres cliniques en traumatologie semble plus appropriée. Ainsi, la définition retenue est la suivante : un blessé grave, victime de plusieurs lésions dont au moins une met en jeu le pronostic vital du patient (Barsotti, 2010; Marty, 2006).

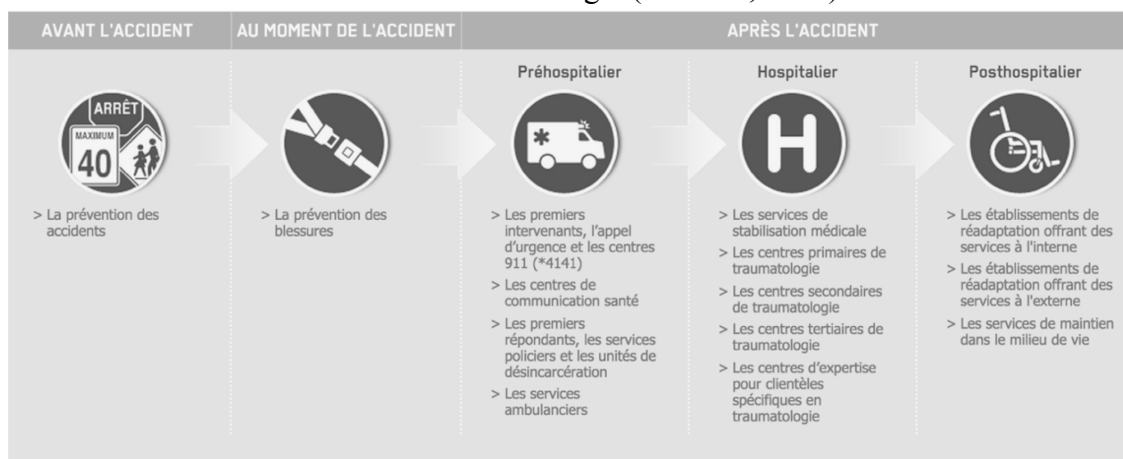
Le continuum de services

Initialement, les systèmes de services en traumatologie se sont développés afin de répondre aux conflits et aux guerres partout dans le monde (Hofman et Pape, 2014). Un système de services en traumatologie est en fait une combinaison de services préhospitaliers, hospitaliers et de réadaptation fournis dans une zone géographique définie s'intégrant à un système de santé publique (Hofman et Pape, 2014). Le but de ces systèmes est de fournir les meilleurs soins aux personnes atteintes de traumatismes, et ce, le plus efficacement possible. Il existe deux types de systèmes, soit le système exclusif et le système inclusif (Hofman et Pape, 2014). Le système exclusif priorise les soins du patient le plus gravement blessé, tandis que le système inclusif fournit

des soins adaptés à tous les blessés dans une zone donnée (Hofman et Pape, 2014). Cependant, selon Hofman et Pape (2014), les systèmes de services en traumatologie diffèrent d'un pays à l'autre ainsi que d'une région à l'autre. Par ailleurs, aucun consensus n'existe, à savoir lequel est le meilleur (Hofman et Pape, 2014).

Au Québec, le continuum de services en traumatologie (CST), instauré en 1990, a pour but d'améliorer l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et la qualité des services offerts aux personnes atteintes de traumatismes modérés à sévères (INESSS, 2012). Ce système de services inclusif se compose de 14 maillons visant la prévention primaire, secondaire et tertiaire. D'ailleurs, la figure 1 ci-dessous illustre le CST et ses maillons. Au travers de ceux-ci se retrouvent les centres hospitaliers dédiés à la traumatologie, et ce, à trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Les centres de niveau primaire offrent des services de chirurgie générale et d'anesthésie. Au Québec, 28 centres primaires de traumatologie répondent aux besoins de plus de 2 500 victimes annuellement (INESSS, 2012). Les établissements de niveau secondaire offrent des services de chirurgie générale, d'orthopédie, de soins intensifs polyvalents et des services de réadaptation précoce. On retrouve au Québec 22 centres secondaires de traumatologie répondant aux besoins de plus de 12 500 victimes annuellement. Les centres tertiaires offrent quant à eux des soins spécialisés et ultraspécialisés en traumatologie, des services de neurochirurgie, des soins intensifs spécialisés et des services interdisciplinaires de réadaptation précoce. D'ailleurs, selon l'INESSS (2012), trois centres tertiaires de traumatologie répondent aux besoins de plus de 4 500 victimes annuellement. De ce fait, les centres secondaires en traumatologie reçoivent fréquemment les patients polytraumatisés et les transfèrent, selon l'état du patient, au centre tertiaire affilié, et ce, en tout temps (INESSS, 2012).

Figure 1. Le continuum de services en traumatologie (INESSS, 2017).



Les standards de pratique

Les standards de pratique sont déterminés par les organismes d'excellence, tels que l'Organisation mondiale de la santé et l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) (INESSS, 2012; Mock, Lorman, Goosen, Joshipura et Peden, 2004). Au travers le monde, notamment au Canada, diverses formations sont offertes, telles que l'*Advanced Trauma Life Support (ATLS)* pour les médecins et le *Trauma Nursing Core Course (TNCC)* pour les infirmières (Mock et al., 2004). Ils sont d'ailleurs révisés tous les quatre ans, permettant ainsi une mise à jour du contenu selon les dernières données issues de la recherche (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013). Afin de mieux comprendre les soins offerts à cette clientèle, un résumé des standards de pratique en traumatologie est présenté ci-dessous.

En premier lieu, il s'avère essentiel que le système préhospitalier avise le personnel du centre receveur de l'arrivée d'un patient polytraumatisé et qu'il transmette les informations relatives à son état de santé (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013). Suite aux recommandations de l'INESSS (2013) (Avis sur les critères de triage en traumatologie), le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du Gouvernement du Québec a décidé d'introduire un nouveau protocole de triage préhospitalier des traumatisés. L'Échelle québécoise de triage préhospitalière en traumatologie (EQTPT) se veut une adaptation québécoise de l'Échelle CDC-ACSCOT (*Center for Disease Control-American College of Surgeons' Committee on Trauma*), utilisée dans plusieurs autres pays industrialisés. Ainsi, depuis 2016, l'EQTPT est utilisé au Québec pour la classification de la sévérité du traumatisme et l'identification par le personnel préhospitalier du centre hospitalier le plus approprié pour recevoir le traumatisé (Parent, 2016). Pour ce faire, lors du préavis d'urgences-santé, les ambulanciers paramédicaux doivent transmettre l'étape (1, 2, 3, 4, ou 5) dans laquelle l'utilisateur se retrouve ainsi que le ou les critères qui le rattache à cette étape (voir appendice B). Cette information, lorsque transmise, permet de mobiliser les membres de l'équipe ainsi que les ressources nécessaires avant même l'arrivée du patient (Engels, Paton-Gay et Tien, 2016). Par exemple, cela permet de préparer la salle de trauma, le matériel nécessaire, d'attribuer les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe et d'activer une alerte en traumatologie, si nécessaire. Or, chaque institution a sa propre méthode de communication et des critères préétablis pour activer l'équipe dédiée aux soins du polytraumatisé (McCullough, Haycock, Forward et Moran, 2014). À cet égard, il existe des systèmes d'alerte en traumatologie à une ou plusieurs vitesses (Horne et Smith, 2015). En fait, le système à une vitesse

est une prise en charge par une équipe complète en traumatologie pour tous les patients polytraumatisés, sans exception. Lors de l'utilisation d'un système à deux ou trois vitesses, la taille et l'expertise de l'équipe en traumatologie sont adaptées en fonction de la gravité de l'état clinique du patient. Ainsi, lors de la prise en charge d'un patient stable physiologiquement, il est possible que le centre en traumatologie décide d'alerter les professionnels du service d'urgence seulement, puisque l'on considère que l'équipe interprofessionnelle qui est sur place est suffisante pour une prise en charge efficace et sécuritaire du patient. Inversement, lors de l'arrivée d'un polytraumatisé hémodynamiquement instable, il est probable que le centre receveur mette sous tension une partie de l'hôpital, telle que la radiologie, les soins intensifs, la banque de sang, la salle d'opération, etc. L'emploi de ces systèmes permet notamment une utilisation efficiente des ressources et une diminution des coûts associés (Horne et Smith, 2015; Jenkins, Kehoe et Smith, 2013). Il advient à chaque centre en traumatologie d'avoir ses propres algorithmes et protocoles d'alerte en traumatologie. L'appendice C présente un exemple de procédure d'alerte en traumatologie d'un centre de traumatologie secondaire de Montréal.

L'arrivée d'un polytraumatisé sévère en centre hospitalier exige une prise en charge immédiate et une identification rapide des conditions mettant en péril la vie du patient. Dès son arrivée, l'évaluation primaire est initiée. Selon l'ATLS, le processus se divise en quatre phases : 1) l'évaluation primaire (ABCDE) et la réanimation, si nécessaire ; 2) la réévaluation ; 3) l'évaluation secondaire (FGHI) ; et 4) le transfert au centre dédié ou au service respectif lorsque possible (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013). De ce fait, les cinq étapes de l'évaluation primaire sont le dégagement des voies respiratoires et l'immobilisation cervicale, l'évaluation de la respiration et de la ventilation, l'évaluation de la circulation et le contrôle des hémorragies, l'évaluation neurologique et, enfin, l'exposition du patient et le contrôle de l'environnement (voir tableau I à la page suivante) (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013; Emergency Nurses Association, 2014). Ces interventions font l'objet d'une réévaluation constante. Ensuite, l'examen secondaire, dont la prise des signes vitaux, le monitoring cardiaque et l'examen de la tête aux pieds, se poursuit (American College of Surgeons Committee on Trauma, 2013; Emergency Nurses Association, 2014). L'appendice D présente un résumé de l'évaluation primaire et secondaire en traumatologie.

Tableau I. L'ABCDE : L'évaluation primaire en traumatologie

Acronyme	Termes utilisés en anglais	Traduction libre
A	<i>Airway maintenance with cervical spine protection</i>	Le dégagement des voies respiratoires et l'immobilisation cervicale
B	<i>Breathing and ventilation</i>	L'évaluation de la respiration et de la ventilation
C	<i>Circulation and control of hemorrhage</i>	L'évaluation de la circulation et le contrôle des hémorragies
D	<i>Disability (neurologic status)</i>	L'évaluation de l'état neurologique
E	<i>Exposure and environment control</i>	Exposition du patient et contrôle de l'environnement

Source : Emergency Nurses Association (2014)

L'équipe en traumatologie

L'équipe en traumatologie est définie dans le livre *Trauma Team Dynamics* comme étant un groupe de médecins, infirmières et autres professionnels ayant la responsabilité de recevoir et soigner les patients atteints de traumatismes sévères de manière efficace [traduction libre] (Engels et al., 2016, p. 47). Une équipe typique en traumatologie se compose entre 7 et 15 professionnels de la santé (Sarcevic et al., 2011). Toutefois, la taille et la composition des équipes varient d'un service de traumatologie à l'autre en fonction des ressources disponibles, de la sévérité des blessures, du niveau d'activation de l'alerte en traumatologie et de l'heure de l'évènement (Engels et al., 2016; Kelleher, Kovler, Waterhouse, Carter et Burd, 2014).

Dans les milieux cliniques québécois, on observe actuellement que les équipes en traumatologie se composent généralement d'un *trauma team leader*, habituellement un urgentologue, d'un minimum de deux infirmières, d'un inhalothérapeute et de quelques préposés aux bénéficiaires, sans oublier la contribution du personnel ambulancier qui assure le transfert entre le milieu préhospitalier et hospitalier. De plus, selon la complexité du cas et des besoins de l'équipe au chevet du patient, le chirurgien général, l'orthopédiste, le neurochirurgien, l'anesthésiste, l'intensiviste et le technicien en radiologie, peuvent être appelé à travailler de concert avec l'équipe existante. Dans certains milieux cliniques, au plan infirmier, on y retrouve parfois aussi l'assistante-infirmière-chef, ainsi que la conseillère en soins infirmiers. Il est à noter que dans le contexte de soins actuels, la formation des équipes en traumatologie est souvent déficiente, au sens où il se peut que les membres de l'équipe n'aient jamais eu l'occasion de

travailler ensemble dans un contexte d'urgence aussi important (Xiao, Parker et Manser, 2013). De toute évidence, d'un point de vue humain, le fait de devoir interagir avec des personnes avec qui il n'est pas habituel de travailler, et ce, dans un contexte de soins dynamiques et sous pression, peut mener directement au désastre (Horne et Smith, 2015). Ainsi, pour faciliter ce travail d'équipe, les rôles doivent être prédéfinis.

Dans la prise en charge d'un polytraumatisé, le rôle du *trauma team leader* est primordial, puisqu'il doit guider l'équipe dans les différentes phases de soins du polytraumatisé (Engels et al., 2016; Hofman et Pape, 2014; Horne et Smith, 2015). Théoriquement, le *trauma team leader* ne devrait pas toucher le patient et devrait orchestrer les soins offerts. Aussi, il se doit d'avoir des compétences exceptionnelles en communication, en gestion d'équipe ainsi qu'en collaboration pour pouvoir gérer de façon efficace une équipe interprofessionnelle en traumatologie (Engels et al., 2016; Horne et Smith, 2015). Ensuite, le rôle de l'inhalothérapeute est de prendre en charge les voies respiratoires du patient, soit de ventiler, de monitorer la pression partielle en dioxyde de carbone (PCO₂), d'assister à l'intubation, etc. (Engels et al., 2016), tandis que le rôle de la première infirmière est principalement d'installer adéquatement le patient sous monitoring, d'installer une voie veineuse périphérique, d'obtenir des prises de sang, d'administrer la médication et d'assister le médecin pour toutes autres techniques (Sigalet et Dubé, 2016). La deuxième infirmière, quant à elle, est responsable de documenter en temps réel l'évaluation primaire et secondaire, de même que les interventions de l'équipe interprofessionnelle (Sigalet et Dubé, 2016). Théoriquement, ce rôle, plutôt complexe, doit être pris en charge par l'infirmière la plus expérimentée (Sigalet et Dubé, 2016).

En somme, l'équipe en traumatologie se compose de divers professionnels de la santé ayant tous une expérience et un rôle différent. Quoi qu'on en dise, la CIP est un incontournable dans ce contexte de soins dynamiques, et ce, en vue d'assurer à cette clientèle spécifique une prise en charge et une prestation de soins sécuritaires et de qualité.

La collaboration interprofessionnelle

Définition

La CIP est un phénomène complexe. Dans les dernières décennies, plusieurs articles ont été publiés à ce sujet, notamment dans le domaine de la santé. Plus spécifiquement, elle a été fortement étudiée dans différents contextes, tels qu'en gestion des maladies chroniques (Bookey-

Bassett, Markle-Reid, McKey et Akhtar-Danesh, 2016; Körner et al., 2016), en réadaptation (Croker, Trede et Higgs, 2012), en oncologie (Gagliardi, Dobrow et Wright, 2011), en gériatrie (Duner, 2013; Johansson, Eklund et Gosman-Hedström, 2010) ainsi qu'en soins de première ligne (Al Sayah, Szafran, Robertson, Bell et Williams, 2014; Arksey, Snape et Watt, 2007), mais peu en traumatologie. Pour être en mesure d'étudier ce phénomène, il est impératif d'avoir une définition claire de celui-ci. Or, la littérature ne fait pas consensus quant à sa définition (Bookey-Bassett et al., 2016; Henneman et al., 1995; McCallin, 2001; Perreault et Careau, 2012; Reeves et al., 2011). Ainsi, dans les dernières années, plusieurs auteurs ont tenté de définir la CIP, notamment à l'aide d'analyses de concept (Bookey-Bassett et al., 2016; Bridges, 2014; Henneman et al., 1995; Petri, 2010; Xyrichis et Ream, 2008), mais tous de façon parallèle, créant ainsi une multiplication des définitions et des termes utilisés (Perreault et Careau, 2012). Par exemple, les termes *multidisciplinaire*, *interdisciplinaire*, *interprofessionnel*, *transdisciplinaire*, *travail d'équipe* et *pratique collaborative* sont tous utilisés pour signifier la CIP (Perreault et Careau, 2012). La comparaison des analyses de concept recensées permet toutefois de remarquer que certains attributs sont communs d'un auteur à l'autre. Plusieurs s'accordent pour décrire ce phénomène comme étant une planification de soins et une prise de décisions partagée, un partenariat, un lien d'interdépendance entre les différents professionnels et un partage de l'expertise et des connaissances de chacun. L'appendice E présente un tableau comparatif des attributs de la CIP provenant des différentes analyses de concept recensées. Bien que la majorité des auteurs utilisent les différents termes sans faire de distinction, certains auteurs, tels que Reeves, Lewin, et al. (2010) et D'Amour et al. (2005), ne sont pas de cet avis. À vrai dire, ceux-ci considèrent le travail d'équipe (*teamwork*) comme étant la forme de collaboration la plus intense, au sein de laquelle les professionnels de la santé se retrouvent au plus haut niveau d'interdépendance et de partage des responsabilités (D'Amour et al., 2005; Reeves, Lewin, et al., 2010).

Il va sans dire que chacun des auteurs mentionnés précédemment ont développé leur propre définition de la CIP. Cependant, aucune ne s'applique au contexte de la traumatologie. Ainsi, la définition retenue dans le cadre de cette étude est celle proposée dans l'étude empirique de Khademian et al. (2013). Pour ces auteurs, la CIP en traumatologie (*interprofessional teamwork in trauma*) est :

« La participation active et rapide d'une équipe sous le commandement d'un leader efficace dans les activités visant une prise en charge rapide, holistique et appropriée du patient, tout

en priorisant celui-ci, selon une définition de rôle claire, complémentaire et interdépendante qui est facilitée par un espace physique et un contexte de gestion appropriés » [traduction libre] (p.338).

Cette définition a principalement été choisie en raison du contexte, mais aussi en fonction du rôle prédominant du *team leader*. De plus, il est à noter qu'en raison des éléments explicités ci-haut et qu'afin de maintenir la cohérence dans cette étude, aucune distinction ne sera faite entre les termes *teamwork* et *collaboration interprofessionnelle*.

Les bénéfices

L'engouement des dernières années relatif à la CIP provient sans aucun doute des bénéfices qu'engendre son application. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est d'avis qu'il y a suffisamment d'évidence à l'effet que la CIP optimise et renforce les systèmes de santé et qu'elle en améliore les indicateurs (World Health Organisation, 2010). D'ailleurs, plusieurs revues systématiques se sont intéressées à la CIP dans tous les domaines de la santé confondus (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth et Zwarenstein, 2013; Zwarenstein, Goldman et Reeves, 2009), dans le contexte de la gestion des maladies chroniques (Körner et al., 2016) et celui de la gestion de l'insuffisance cardiaque (Holland et al., 2005). Par ailleurs, plusieurs revues de la littérature et analyses de concept ont ressorti les bénéfices de cette pratique. Ce qui émane notamment de ces écrits est que la CIP semble être une pratique très prometteuse qui nécessite toutefois encore des recherches afin de démontrer quels en sont ses impacts. En effet, ces revues intègrent, dans la plupart des cas, un petit nombre d'études présentant une variété de formes de CIP, nuisant ainsi à la possibilité de généraliser les résultats. Néanmoins, les bénéfices qu'occasionne la CIP semblent à la fois toucher le patient, les professionnels de la santé et le système de santé lui-même.

D'une part, la CIP aurait plusieurs bénéfices pour le patient. À la lumière des résultats de plusieurs études, la CIP permettrait une amélioration de la qualité des soins et services offerts aux patients, ce qui entraîne, par la force des choses, une augmentation de la satisfaction de la clientèle (D'Amour et Oandasan, 2005; Körner et al., 2016; Lemieux-Charles et McGuire, 2006; Petri, 2010; Reeves et al., 2013; Xyrichis et Ream, 2008). Aussi, ce type d'intervention permettrait d'augmenter la participation des patients dans leurs soins (Körner et al., 2016). De surcroît, Manser (2009) est d'avis que la CIP joue un rôle primordial dans la prévention des erreurs évitables, ce qui, par conséquent, améliore la sécurité des soins offerts aux patients.

D'autre part, la CIP permettrait une pratique plus dynamique et motivante pour les professionnels de la santé, résultant en une augmentation de la satisfaction au travail, du bien-être, et conséquemment, une diminution de l'épuisement professionnel (D'Amour et Oandasan, 2005; Henneman et al., 1995; Körner et al., 2016; Mickan, 2005; Petri, 2010; Reeves et al., 2013; Xyrichis et Ream, 2008). En fait, cette satisfaction au travail provoquerait une augmentation de l'efficacité des équipes, notamment en améliorant la coordination des soins et la communication entre les individus (Bookey-Bassett et al., 2016; Manser, 2009; Mickan, 2005). Un élément à ne pas négliger est que cette satisfaction au travail engendrerait aussi une meilleure rétention des professionnels de la santé (Suter et al., 2012; Xyrichis et Ream, 2008).

Enfin, la CIP aurait aussi des bénéfices sur le système de santé et ses institutions. En contexte de soins pour les insuffisants cardiaques, la revue systématique et méta-analyse de Holland et al. (2005) démontre que les interventions multidisciplinaires entraînent une réduction des admissions à l'hôpital ainsi qu'une réduction de la mortalité chez cette clientèle. D'autres études ont démontré que la CIP réduit le temps de séjour, le nombre de réadmissions et les coûts reliés aux soins (Körner et al., 2016; Petri, 2010; Suter et al., 2012; Xyrichis et Ream, 2008; Zwarenstein et al., 2009). De ce fait, le système de santé devient plus productif, particulièrement grâce à la pratique collaborative (D'Amour et Oandasan, 2005; Körner et al., 2016; Petri, 2010) et, par le fait même, plus accessible pour la clientèle (Mickan, 2005).

Les compétences nécessaires

En 2010, le Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS) a développé le référentiel des compétences en matière d'interprofessionnalisme. Celui-ci s'avère être la première tentative d'élaboration d'un modèle canadien s'appliquant à toutes les professions confondues dans le domaine de la santé. Ce référentiel s'appuie sur une revue de la littérature exhaustive et propose une approche globale des compétences nécessaires pour une CIP efficace. Ces compétences sont notamment axées sur la pratique et requièrent le développement et le renforcement des savoirs, des habiletés, des attitudes et des valeurs liées à la pratique collaborative (CPIS, 2010). Six domaines de compétences sont décrits : la communication interpersonnelle, les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, le travail d'équipe, le leadership collaboratif, la clarification des rôles et la résolution de conflits interpersonnels (CPIS, 2010). Ci-dessous, le tableau II présente les énoncés de ces six domaines de compétences.

Tableau II. Les énoncés des domaines de compétences en matière d'interprofessionnalisme

Domaine de compétence	Énoncé
Communication interpersonnelle	Les apprenants et les professionnels de professions différentes communiquent entre eux de manière responsable et dans un esprit de collaboration et d'ouverture.
Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté	Lorsqu'ils planifient et dispensent des soins et des services, les apprenants et les professionnels cherchent, intègrent et valorisent la contribution et la participation de la personne, de ses proches et de la communauté.
Travail d'équipe	Pour une collaboration interprofessionnelle efficace, les apprenants et les professionnels comprennent les principes de la dynamique du travail en équipe et les processus de groupe.
Leadership collaboratif	Les apprenants et les professionnels comprennent et sont en mesure d'appliquer les principes du leadership dans un contexte de pratique en collaboration.
Clarification des rôles	Les apprenants et les professionnels comprennent leur propre rôle et celui des autres professionnels et mettent ce savoir à profit de manière à établir et à atteindre les objectifs de la personne, de ses proches et de la communauté.
Résolution de conflits interprofessionnels	Les apprenants et les professionnels ont une attitude proactive qui favorise, tant de leur part que de celle des personnes et des proches, une participation positive et constructive à la gestion des différends susceptibles de survenir.

Adapté du référentiel des compétences en matière d'interprofessionnalisme (CPIS, 2010)

Les facteurs facilitants et contraignants

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les facteurs ayant une influence favorable ou défavorable à la CIP. Certains d'entre eux ont même conceptualisé les déterminants de la CIP, et ce, à l'aide d'écrits empiriques (Reeves, Lewin, et al., 2010; San Martín-Rodríguez et al., 2005). De plus, plusieurs analyses de concept, recensions d'écrits et études empiriques récentes présentent les facteurs de la CIP et les catégorisent de différentes manières.

Les facteurs relationnels semblent notamment être les plus étudiés. Pour créer une relation propice à la CIP, il est primordial d'avoir une bonne compréhension du rôle et de l'étendue de pratique de chaque discipline (Bookey-Bassett et al., 2016; Bridges, 2014; Clark et Greenawald, 2013; D'Amour et Oandasan, 2005; Henneman et al., 1995; Xyrichis et Ream, 2008). Le manque de connaissances sur les rôles de chacun serait, selon plusieurs auteurs, une importante barrière à

la CIP (Hall, 2005; Kvarnström, 2008; Supper et al., 2015). Aussi, les compétences en communication (Henneman et al., 1995; Lemieux-Charles et McGuire, 2006; Petri, 2010; Reeves, Lewin, et al., 2010; San Martín-Rodríguez et al., 2005), le respect mutuel (Bridges, 2014; Clark et Greenawald, 2013; Henneman et al., 1995; Petri, 2010; Reeves, Zwarenstein, et al., 2010; San Martín-Rodríguez et al., 2005), le partage (Bridges, 2014; Henneman et al., 1995; Xyrichis et Ream, 2008), la confiance (Bookey-Bassett et al., 2016; Bridges, 2014; D'Amour et Oandasan, 2005; Henneman et al., 1995; Petri, 2010; Reeves, Lewin, et al., 2010; San Martín-Rodríguez et al., 2005) et l'écoute (Bridges, 2014) sont tous des éléments influençant positivement les relations interprofessionnelles. Au plan plus personnel, plusieurs auteurs sont d'avis que pour le professionnel qui veut collaborer, il est nécessaire qu'il soit préparé et ait la volonté de s'engager dans un tel processus, notamment grâce à l'éducation interprofessionnelle, à la maturité de l'individu et aux expériences vécues antérieurement (Bridges, 2014; Henneman et al., 1995; Reeves, Zwarenstein, et al., 2010; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Il se doit aussi d'avoir une attitude positive, de percevoir les bénéfices de la CIP (Bookey-Bassett et al., 2016; Supper et al., 2015) et de partager un but commun avec les autres professionnels de la santé (Clark et Greenawald, 2013; D'Amour et Oandasan, 2005; Xyrichis et Ream, 2008). Toujours sur le plan des facteurs relationnels, les phénomènes de pouvoir et de hiérarchie sont aussi à considérer. Sur ce point, les relations hiérarchiques véhiculées dans les milieux cliniques sont souvent perçues comme étant une barrière à la CIP (Bridges, 2014; Reeves, Lewin, et al., 2010; Supper et al., 2015). En revanche, la réalité est que les médecins sont formés pour prendre en charge et pour assumer la responsabilité des décisions, faisant ainsi en sorte qu'ils soient souvent peu enclins à partager cette prise de décisions avec les autres professionnels de la santé (Hall, 2005).

Sur le plan organisationnel, la CIP est aussi influencée par le soutien qu'octroient les institutions face à cette pratique. De ce fait, l'emphasis est mise sur des valeurs organisationnelles promouvant le développement des équipes, notamment en créant un climat propice à cette pratique (Bookey-Bassett et al., 2016; Bridges, 2014) et en donnant la possibilité aux professionnels de se perfectionner à l'aide de formations ou d'activités éducatives (Henneman et al., 1995; Petri, 2010; Reeves, Lewin, et al., 2010). Le soutien organisationnel implique aussi que les ressources soient adéquates et disponibles, telles que le temps, l'argent, l'équipement et l'espace (Bookey-Bassett et al., 2016; Henneman et al., 1995; Petri, 2010; Reeves, Lewin, et al., 2010). De plus, la CIP serait favorisée par une structuration des soins, notamment à l'aide de normes claires, de procédures

préétablies et d'un système de communication et d'informations fonctionnel (D'Amour et Oandasan, 2005; Lemieux-Charles et McGuire, 2006; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Inversement, le manque d'attention porté envers cette pratique, le manque de description claire des attentes organisationnelles (Al Sayah et al., 2014; Clark et Greenawald, 2013) et les changements imposés, dont la taille des équipes ou l'augmentation de la charge de travail (Al Sayah et al., 2014; Kvarnström, 2008), sont tous des facteurs organisationnels défavorables à la CIP.

Pour faire suite, San Martín-Rodríguez et al. (2005) distinguent certains facteurs comme étant systémiques, tels que le système social, culturel, professionnel et éducationnel. De leur côté, Reeves, Lewin, et al. (2010) font plutôt référence aux facteurs contextuels, dont la culture, la diversité, le genre, l'économie et la politique. Sans les décrire tous, plusieurs auteurs sont d'avis que l'éducation à la CIP est un élément essentiel facilitant celle-ci, car c'est l'un des seuls moyens permettant de développer cette pratique chez les professionnels de la santé (Bookey-Bassett et al., 2016; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Outre cela, la notion de culture souvent différente d'un pays, d'une région ou d'une institution à l'autre, et la diversité des individus impliqués influencent la CIP (Lemieux-Charles et McGuire, 2006; Reeves, Lewin, et al., 2010; San Martín-Rodríguez et al., 2005). Enfin, les politiques gouvernementales misent en place pour promouvoir la collaboration soutiennent aussi cette pratique (D'Amour et Oandasan, 2005; Reeves, Lewin, et al., 2010).

En contexte de traumatologie

Un nombre plutôt restreint d'écrits se sont intéressés à la CIP en contexte de traumatologie. En fait, les recherches recensées sont majoritairement des études empiriques en lien avec l'évaluation d'interventions, telles que la simulation clinique très prisée dans la dernière décennie (Amiel, Simon, Merin et Ziv, 2016; Capella et al., 2010; Gjerra, 2014; Miller, Crandall, Washington et McLaughlin, 2012; Roberts et al., 2014; Steinemann et al., 2011; Wisborg, Brattebø, Brattebø et Brinchmann-Hansen, 2006; Wisborg, Brattebø, Brinchmann Hansen et Hansen, 2009). Toutefois, le domaine d'intérêt de cette étude n'est pas en lien avec la proposition ou l'évaluation d'une intervention en traumatologie, mais plutôt avec l'expérience vécue par les professionnels de la santé dans ce contexte de soins fort particulier. Les écrits portant sur ce sujet se font, dès lors, plus rares. Néanmoins, certains auteurs se sont tout de même questionnés sur celui-ci (Cole et Crichton, 2006; Courtenay et al., 2013; Khademian et al., 2013), tandis que

d'autres se sont concentrés sur certaines compétences plus spécifiques à la CIP, telles que le leadership (Ford et al., 2016; Hjortdahl, Ringen, Naess et Wisborg, 2009; Sakran et al., 2012; Sarcevic et al., 2011), la communication (Bergs et al., 2005; Raley et al., 2016) et les rôles (Speck, Jones, Barg et McCunn, 2012; Steinemann, Kurosawa, et al., 2016) en contexte de traumatologie. Ces écrits sont présentés à la suite.

La revue de la littérature de Courtenay et al. (2013) avait pour but d'identifier l'ampleur du phénomène de la CIP en contexte de traumatologie. Les auteurs ont recensé 24 articles étudiant la collaboration dans des contextes de soins, tels que l'urgence, la salle d'opération, les soins intensifs et l'obstétrique. En fait, ces derniers considèrent que la gestion de patients atteints de traumatismes se déroule principalement dans les unités de soins de ces diverses spécialités médicales. Tout compte fait, huit des recherches recensées dans cette revue de la littérature ont été menées dans un contexte se rapprochant de celui de cette étude, soit en salle d'urgence ou en salle de traumatologie. Par ailleurs, selon cet article, la salle d'opération est, à ce jour, le milieu clinique le plus étudié en termes de CIP. Toutefois, l'hétérogénéité créée par la prise en considération des écrits provenant d'une multitude de contextes de soins entraîne qu'il est difficile de considérer que cette revue de la littérature illustre vraiment l'ampleur du phénomène de la CIP en contexte de traumatologie tel qu'on le connaît. Néanmoins, les auteurs ont divisé en trois catégories les écrits en lien avec la CIP dans des contextes de soins dynamiques s'apparentant à celui de la traumatologie. À vrai dire, huit études sont en lien avec la description de l'organisation des équipes, quatre études traitent de la description de la composition des équipes et douze études portent sur l'évaluation d'une intervention. Malgré la limite de cette recension des écrits, celle-ci permet de constater qu'un nombre restreint d'études se sont intéressées à la CIP dans des milieux de soins dynamiques et, qu'en plus, la majorité d'entre elles portent sur la mise en place et l'évaluation d'une intervention.

L'étude de Cole et Crichton (2006), citée dans cette revue de la littérature, explore la culture en lien avec les facteurs humains d'une équipe en traumatologie d'un service d'urgence de Londres, accueillant en moyenne trois cas de traumatologie par jour. Par l'utilisation d'un devis ethnographique focalisé, les auteurs ont observé six prises en charge d'un polytraumatisé, à l'occasion d'un cas par jour, et ce, à différents moments de la journée afin de ne pas observer toujours les mêmes professionnels. Lors de ces observations, des notes descriptives ont été consignées en lien avec les interactions interpersonnelles, mais une attention particulière était portée sur le *team leader*. Aussi, onze entrevues semi-dirigées ont eu lieu afin d'explorer

l'expérience de chacun, relative à leur participation dans une équipe en traumatologie. Or, l'analyse des résultats a permis d'identifier cinq catégories ainsi que plusieurs sous-catégories. La première porte sur l'importance du leadership et sur le rôle du *team leader* qui est primordial. Selon leurs observations, la performance de l'équipe dépend principalement de ce rôle. La deuxième met l'accent sur les compétences qui affectent la culture d'une équipe. Les auteurs mentionnent que l'expertise et la connaissance de son rôle et du rôle de l'autre sont nécessaires et influencent la CIP. La troisième catégorie porte sur les conflits, souvent de nature interprofessionnelle, qui créent conséquemment une barrière importante à la collaboration. Ensuite, les auteurs avancent que la communication est un élément essentiel d'une équipe en traumatologie. Par ailleurs, l'acuité du patient affecterait celle-ci, tandis que les techniques de communication utilisées dans l'aviation (*Crew Resource Management*) seraient aidantes lors de la prise en charge de la clientèle polytraumatisée. Finalement, la dernière catégorie est l'environnement. Ils mentionnent que le bruit et le nombre de personnes impliquées dans la prestation des soins du polytraumatisé influencent négativement la CIP. La force de cette étude est liée au fait qu'elle s'intéresse à l'interaction des professionnels de la santé, ce que très peu d'études rapportent dans ce contexte particulier. Une limite de celle-ci réside toutefois dans le fait que les chercheurs s'intéressent, lors des observations, plus particulièrement au *team leader*, alors que les autres membres de l'équipe sont tout aussi importants.

Plus récemment, Khademian et al. (2013) ont exploré le travail d'équipe interprofessionnel d'une équipe en traumatologie d'une urgence en Iran. Ils ont recueilli les perceptions de 18 participants ayant minimalement un an d'expérience en traumatologie à l'urgence, dont 12 infirmières et six médecins, et ce, à l'aide de groupes de discussion focalisée et d'entrevues individuelles. Il est ressorti de cette étude qualitative trois principaux thèmes, dont les attributs et stratégies reliés aux membres de l'équipe, au contexte, ainsi qu'aux objectifs de l'équipe. Pour ces auteurs, les éléments en lien avec les membres de l'équipe ayant une influence sur la CIP s'avèrent être la présence efficace des professionnels de la santé, telle que d'être disponible au bon moment, d'avoir les compétences requises, de communiquer adéquatement et de faire preuve de leadership au moment opportun. Aussi, la connaissance du rôle et des limites de chacun en fait partie. Ensuite, ils identifient des facteurs en lien avec le contexte de gestion et le contexte environnemental. Selon eux, la variation au niveau du climat au travail, de la charge de travail, de la sécurité des lieux et de la disponibilité du matériel affecte la CIP. Enfin, de l'analyse par thématique de ces auteurs, il

ressort la nécessité que tous les membres de l'équipe aient le même but, soit de prioriser le bien-être du patient. Cependant, une des limites de cette étude est qu'elle omet de considérer le point de vue des autres professionnels de la santé, ce qui ne permet pas de transférer les résultats aux autres membres d'une équipe en traumatologie. Néanmoins, ces auteurs proposent une définition intéressante du travail d'équipe adaptée au contexte de la traumatologie. D'ailleurs, c'est cette définition qui a été retenue pour cette étude.

D'un autre point de vue, plusieurs auteurs se sont intéressés au leadership en contexte de traumatologie. À l'aide d'un devis phénoménologique, Hjortdahl et al. (2009) se sont intéressés à mieux comprendre quelles sont les compétences non-techniques les plus importantes pour les membres d'une équipe en traumatologie lors de la prise en charge d'un patient. L'étude s'est déroulée dans quatre centres de traumatologie en Norvège. L'échantillon comprenait 12 participants, infirmières, *team leaders* et anesthésistes. Initialement, cette étude avait pour but d'explorer plusieurs compétences non-techniques. Toutefois, suite aux entrevues avec les différents participants, les auteurs se sont aperçus que la compétence de leadership est le déterminant essentiel au bon fonctionnement d'une équipe en traumatologie. En conséquence, ils ont décidé de se concentrer uniquement sur cette compétence. Ainsi, pour ces participants à l'étude, le leader efficace doit être expérimenté, avoir l'habileté de demeurer calme, communiquer clairement, faire confiance et enfin, avoir une vision globale de la situation. Aussi, pour que le leader soit efficace, l'équipe doit bien le soutenir. Le fait de ne pas considérer tous les professionnels de la santé est une limite de cette étude.

Sakran et al. (2012) ont évalué la relation entre la perception des habiletés de leadership du *trauma team leader* et la performance de l'équipe en traumatologie. Pour ce faire, ils ont évalué à l'aide d'un sondage validé les habiletés de sept *trauma team leaders* sur une période de cinq mois. La performance, quant à elle, était évaluée à l'aide d'audit calculant le temps pour compléter l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et le temps pour transférer le patient en tomodynamométrie. Cette étude quantitative démontre une relation positive entre l'efficacité clinique et la perception d'un bon leadership. Ainsi, les auteurs sont d'avis que des qualités de leader sont particulièrement importantes dans les équipes administrant des soins complexes dans des contextes stressants, tels que la traumatologie. Un point intéressant de cette étude est qu'elle étudie, non pas le leadership lui-même, mais la perception qu'ont les membres de l'équipe sur le leadership que démontre le médecin en charge du patient. Malgré tout, les auteurs reconnaissent

que plusieurs limites existent dans cette étude, dont la petite taille et le manque d'hétérogénéité de l'échantillon, le temps restreint et le fait qu'elle a été menée dans un seul centre hospitalier.

Sarcevic et al. (2011) ont mené une ethnographie ayant pour but d'explorer les différents types de leadership et leurs effets sur la performance des équipes de deux urgences à Washington. En premier lieu, ils ont fait 100 heures d'observation lors de la réanimation de patients polytraumatisés à l'aide d'enregistrements vidéo et 16 entrevues semi-dirigées avec certains membres de ces équipes en traumatologie. C'est ainsi qu'ils ont pu identifier deux principales catégories de leadership : le leadership intradisciplinaire et le leadership transdisciplinaire. En fait, selon les auteurs, lorsque le seul responsable de la réanimation traumatique était le chirurgien, ce qui réfère au leadership intradisciplinaire, deux types de leaders ont émergé soit, celui qui prend les décisions lui-même, et celui qui partage la prise de décision. Toujours selon ces auteurs, lorsque la gestion du patient se partageait entre le chirurgien et le médecin de l'urgence, ce qui réfère au leadership transdisciplinaire, trois types de leadership sont apparus, dont le modèle d'intervention, dans lequel l'un des deux professionnels est plutôt un consultant qui aide à la prise de décisions, le modèle parallèle, dans lequel les deux donnent simultanément des ordres, et enfin, le modèle collaboratif, dans lequel la prise de décisions se fait à l'unisson. En second lieu, les auteurs ont classé les types de leadership en fonction de trois dimensions relatives à la performance des équipes : 1) le leader est clairement défini ; 2) une cohésion existe dans la prise de décisions et ; 3) les soins prodigués sont appropriés. Les auteurs se sont notamment basés sur les observations et les données en entrevues pour le classement. En somme, il semblerait que le leadership intradisciplinaire avec prise de décisions partagées et le leadership transdisciplinaire collaboratif sont tous deux perçus comme ayant une influence plus positive sur la performance des équipes que les autres types de leadership. La principale force de cette étude est qu'elle apporte de nouvelles connaissances relatives à la compétence du leadership nécessaire en traumatologie. Cependant, les auteurs mentionnent ne pas avoir réussi à analyser en entier les vidéos par manque de temps, ce qui pourrait affecter la rigueur de leur étude.

La revue de la littérature de Ford et al. (2016) a recensé les écrits en lien avec le leadership et la traumatologie ou la réanimation cardiovasculaire. Les auteurs ont alors divisé en trois catégories les écrits recensés, selon : 1) comment le leadership et le travail d'équipe affectent le patient ; 2) quels sont les outils utilisés pour mesurer le leadership et le travail d'équipe ? et ; 3) quelles sont les méthodes pour entraîner les médecins à devenir de meilleur leader ? Somme toute,

dix articles en traumatologie et six articles en réanimation ont été retenus. Cependant, les auteurs se sont limités dans leur recherche, puisqu'ils ont uniquement considéré les écrits en anglais. De plus, la qualité de cette revue de la littérature est faible puisque les auteurs n'ont interrogé qu'une seule base de données, soit PubMed. En revanche, cet écrit permet tout de même de démontrer qu'un leadership efficace améliore le processus de soins en traumatologie. D'ailleurs, selon ces auteurs, le style et la structure du leadership sont influencés par l'acuité du patient et la composition de l'équipe. Ainsi, un bon leader doit avoir la capacité de s'adapter à la situation. Par ailleurs, plusieurs outils ont été utilisés dans les études pour évaluer le leadership, mais aucun ne fait consensus. Enfin, diverses méthodes existent et se sont avérées efficaces pour le développement du leadership, telles que l'enseignement didactique, les lectures, la simulation clinique, etc.

Plusieurs auteurs ont aussi étudié la communication en contexte de traumatologie. Entre autres, Bergs et al. (2005) se sont intéressés à la communication verbale entre les professionnels de la santé lors des réanimations cardiovasculaires en traumatologie. Cette étude quantitative s'est déroulée dans une urgence d'un centre de traumatologie aux Pays-Bas. Les chercheurs ont compilé les données via l'observation par enregistrements vidéo de 205 réanimations sur une période de quatre mois. Ils ont observé 74 réanimations de l'équipe des traumatismes majeurs et 119 cas de réanimation avec l'équipe des traumatismes mineurs. Pour l'analyse, deux mesures ont été considérées dans cette étude, soit la présence d'un transfert d'informations audibles ainsi que le type de communication. Cette étude amène des résultats intéressants : il y a un manque important du nombre de communications audibles lors des réanimations traumatiques. En fait, pour l'équipe des traumatismes majeurs, 56% des communications étaient audibles tandis que 44% étaient compréhensibles. Pour l'équipe des traumatismes mineurs, 43% de la communication était audible et 33% étaient compréhensibles. L'apport de cet écrit est qu'il permet de constater qu'initialement, la communication est une importante problématique dans un contexte de CIP en traumatologie. Les auteurs évaluent seulement l'audibilité de la communication et non son efficacité. En effet, que la communication soit audible ou non, il aurait été pertinent d'en connaître aussi sa portée.

Raley et al. (2016) ont, quant à eux, mené une étude à devis mixte afin de déterminer si l'équipe en traumatologie d'un centre pédiatrique au Texas considérait que la communication était problématique, de cibler quelles compétences en communication devraient être enseignées lors des formations, ainsi que de déterminer si l'efficacité de la communication diffère de la performance médicale lors d'une réanimation en traumatologie. Ils ont réalisé un sondage complété par 29

participants, incluant des infirmières, des assistants cliniques, des techniciens d'urgence et des chirurgiens pédiatriques, pour évaluer la perception de la communication et des besoins en formation de l'équipe et du *team leader*. Les auteurs ont aussi clos le sondage avec trois questions ouvertes permettant d'évaluer les compétences en communication que l'équipe et le leader devraient posséder. Il en ressort que les formations en communication pour les membres de l'équipe en traumatologie devraient se concentrer sur le fait d'offrir de l'assistance en anticipant, notamment, les besoins des membres de l'équipe, de contrôler ses émotions, surtout lors de situations où le patient s'avère instable, de travailler de façon organisée et de bien répondre aux demandes en restant attentif et respectueux. De plus, pour le *team leader*, les éléments à inclure en formation seraient le fait de déléguer les tâches, de contrôler ses émotions, de communiquer de façon appropriée et d'accepter la rétroaction. Aussi, selon les mesures prises par les auteurs lors de l'observation de la réanimation en salle de traumatologie, il semblerait qu'il n'y ait pas de différence significative entre la performance médicale et la communication. Or, une communication efficace aurait un impact positif sur la performance de l'équipe et vice-versa. Néanmoins, malgré la pertinence de cette étude, la rigueur scientifique est mise en doute lorsqu'il mentionne avoir fait une analyse des données par théorisation ancrée, puisque les auteurs ne font aucune relation entre les thématiques ressorties. De surcroît, beaucoup d'éléments sont étudiés sur un petit échantillon, ce qui pourrait affecter la rigueur de cette étude.

L'étude quantitative de Steinemann, Kurosawa, et al. (2016) a évalué, à l'aide d'un sondage, si la perception des infirmières et des médecins diffère quant à leurs rôles et responsabilités lors de la réanimation dans un centre secondaire en traumatologie à Hawaï. Au total, neuf chirurgiens et 42 infirmières ont participé à cette étude. Subséquemment, 30 infirmières se sont jointes à quatre simulations interprofessionnelles en traumatologie. Après chacune de celles-ci, les infirmières et un expert en travail interprofessionnel ont dû évaluer le travail d'équipe de façon indépendante à l'aide de l'outil *Trauma Non-Technical Skills* (T-NOTECHS). Aussi, après chaque débriefage, les infirmières devaient réévaluer leurs perceptions du travail d'équipe avec le même outil. Suite au sondage, il semblerait que les perceptions de ces participantes diffèrent sur 12 des 17 tâches à effectuer lors des réanimations en traumatologie. Par ailleurs, chaque groupe se serait assigné plus de responsabilités qu'à l'autre. Les perceptions discordantes des médecins et des infirmières dans cette étude démontrent donc une grande confusion au niveau des rôles, ainsi qu'un besoin de contrôle pour chaque profession. De plus, l'auto-évaluation des

infirmières quant à leur compétence à collaborer était toujours plus élevée que l'évaluation des experts. Cela peut laisser croire que les infirmières ont de la difficulté à s'auto-évaluer. Cette étude empirique a toutefois quelques limites, telles qu'un petit échantillon provenant d'un seul milieu. De plus, les infirmières se connaissaient toutes, ce qui a pu influencer leurs habiletés à évaluer objectivement leur niveau de CIP.

Speck et al. (2012) ont exploré la perception des membres d'une équipe en traumatologie d'un centre hospitalier en Pennsylvanie, quant à leurs rôles et relations interprofessionnelles. Pour cela, ils ont utilisé deux moyens de collecte de données, soit 300 heures d'observation et 32 entrevues semi-dirigées avec les différents professionnels impliqués dans ces équipes. Utilisant l'approche d'analyse par théorisation ancrée, quatre thèmes sont ressortis. Le premier est que les étudiants en médecine ne semblent pas considérer l'infirmière comme faisant partie de l'équipe de traumatologie, tandis que leur rôle semble primordial pour les *team leaders*. Autrement dit, la composition de ce qu'est une équipe en traumatologie varie en fonction du poste qu'occupe le professionnel interrogé. Le second est la perception du rôle éducatif de l'environnement en traumatologie qui diffère selon la position que prend la personne au sein de l'équipe. Par exemple, les résidents en médecine et les infirmières font plus souvent référence à ce milieu de soins comme étant un milieu impliquant un processus d'apprentissage constant, ce qui n'était pas le cas pour les médecins. Le troisième est la perception du rôle d'éducateur qui diffère selon le genre du *team leader* impliqué. En effet, au sein de cette étude, les *team-leaders* masculins se sont tous attribués le rôle d'éducateur, ce qui n'est pas le cas pour les femmes. Enfin, la position au sein de l'équipe influence aussi la perception des caractéristiques qui définissent un bon leader. À titre d'exemple, les infirmières et les médecins considèrent qu'un bon *team leader* doit être confiant, avoir la capacité de demeurer calme et respecter les autres membres de l'équipe. Pour les étudiants en médecine, des caractéristiques, telles que l'intelligence, l'expérience et être un bon enseignant, sont requises pour être un bon *team leader*. En somme, les résultats de cette recherche démontrent qu'une confusion subsiste quant aux perceptions des rôles et des qualités nécessaires pour chaque professionnel de la santé faisant partie de l'équipe en traumatologie. Toutefois, le fait d'inclure, dans cette étude, les résidents en médecine semblent avoir eu une importante influence sur les résultats obtenus, car leur vision dans cette étude semble très axée sur le fait qu'ils sont des étudiants. Il aurait été intéressant de refaire une étude similaire, mais sans ceux-ci.

Au regard des écrits recensés, il est constaté que peu d'études se sont intéressées à la CIP

en contexte de traumatologie. Les auteurs l'ayant fait semblent porter une attention particulière au rôle du *team leader* et à la compétence du leadership. Ainsi, la CIP en contexte de traumatologie se distingue des autres contextes de soins et suscite notamment un intérêt chez les différents chercheurs. D'autres se sont plutôt intéressés à la communication et aux perceptions des rôles des différents professionnels de la santé. En outre, ceux-ci ont démontré qu'encore beaucoup de lacunes subsistent au sein des différentes équipes interprofessionnelles en traumatologie. Par ailleurs, à ce jour, aucune étude ne semble avoir été menée au Québec. Or, la présente recherche vise à explorer l'expérience de la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé qui, malgré une recension des écrits existants, semble demeurer floue.

Cadre conceptuel

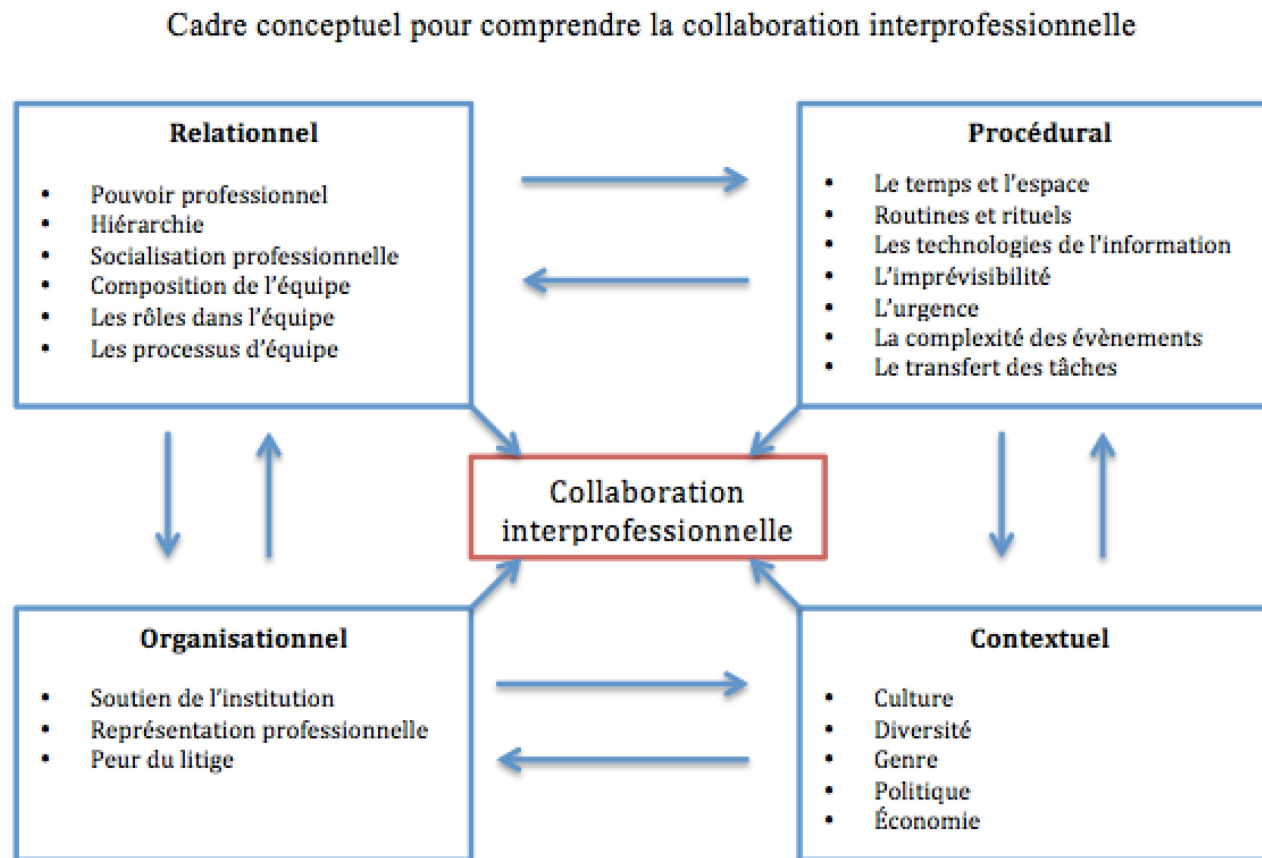
Plusieurs approches théoriques et conceptuelles ont été utilisées pour étudier la CIP, et ce dans plusieurs domaines comme l'éducation, la gestion, le travail social et la sociologie (Asmar et Wacheux, 2007). Face à ces options, le cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle de Reeves, Lewin, et al. (2010) a été sélectionné pour soutenir cette étude, car il est celui s'associant le plus au contexte de soins critiques et à la collaboration qui se réalise au chevet même du patient (voir figure 2 à la page 29). Ce cadre, issu de la sociologie, a été développé à partir des données empiriques et s'applique, selon les auteurs, dans différents contextes des soins de santé, tels que la médecine, la réanimation, la réadaptation, la gériatrie, la pédiatrie, la santé communautaire, etc. Il divise les facteurs ayant un impact sur la CIP en quatre domaines. En premier lieu, les auteurs évoquent le domaine relationnel, qui implique les facteurs influençant directement les relations entre les professionnels de la santé. On y retrouve notamment le pouvoir professionnel, la hiérarchie, la socialisation professionnelle, la composition de l'équipe, les rôles dans l'équipe et les processus d'équipe. Pour Reeves et al. (2010), les processus d'équipe sont multidimensionnels et impliquent plusieurs éléments, dont la communication, les émotions vécues par les membres de l'équipe, la stabilité de l'équipe, la confiance, le respect, les activités visant le développement de l'équipe, les conflits et aussi l'humour. En second lieu, les auteurs présentent le domaine procédural, qui lui, contient sept facteurs, dont le temps et l'espace, la routine et les rituels, les technologies de l'information, l'imprévisibilité, l'urgence, la complexité des événements puis le transfert des tâches. En troisième lieu, il y a les facteurs organisationnels, tels que le soutien de l'institution, la représentation professionnelle et la peur du litige. En dernier lieu,

le domaine contextuel est présenté. Celui-ci implique la culture, la diversité, le genre, la politique et l'économie. Les auteurs mentionnent que, malgré que le cadre conceptuel présente les facteurs de façon individuelle, ceux-ci sont, dans la réalité, plutôt interreliés.

Ce cadre conceptuel semble avoir été peu utilisé dans les écrits scientifiques et encore moins évalué. Cependant, des chercheurs en ingénierie ont adapté ce cadre conceptuel pour étudier les facteurs influençant le travail d'équipe dans leur contexte (Rodzalan et Saat, 2012, 2013). Dans le domaine de la santé, Shunk, Dulay, Chou, Janson et O'Brien (2014) se sont basés sur ce cadre conceptuel, afin de développer un programme de formation dans l'optique de prodiguer des soins en équipe en soins de première ligne d'une clinique à San Francisco. De plus, Stocker, Pilgrim, Burmester, Allen et Gijssels (2016) l'ont quant à eux utilisé pour guider leur revue de la littérature en lien avec le travail interprofessionnel et le contexte des soins intensifs pédiatriques. Enfin, les auteurs de ce cadre conceptuel l'ont utilisé lors d'une ethnographie ayant pour but d'explorer la culture de la CIP et l'implication des membres de la famille dans huit unités de soins intensifs nord-américaines (Reeves et al., 2015), ainsi que lors de l'analyse secondaire de cette même étude visant à mieux connaître la perception des infirmières quant à la collaboration interprofessionnelle aux soins intensifs (Kendall-Gallagher, Reeves, Alexanian et Kitto, 2017).

Dans cette étude, ce cadre conceptuel a permis, d'une part, de guider le développement d'outils de collecte de données, tels que les guides d'entretien utilisés lors des entrevues semi-dirigées, du groupe de discussion focalisée, ainsi que la grille d'observation. D'autre part, il a servi à guider l'analyse des données de même que la discussion des résultats obtenus. En outre, l'utilisation de ce cadre conceptuel a apporté une assise conceptuelle, voire empirique, à cette étude, car il permet de mieux comprendre la complexité du travail d'équipe interprofessionnelle et tous les facteurs qui l'influencent. Plus particulièrement, l'application de ce cadre issu de la sociologie a apporté un nouveau regard quant à son utilisation dans le domaine de la santé, et plus spécifiquement, en sciences infirmières. De plus, son utilisation a contribué au développement empirique de ce cadre conceptuel lequel est, à ce jour, encore peu utilisé.

Figure 2. Cadre conceptuel pour comprendre la collaboration interprofessionnelle



Traduction libre de Reeves, Lewin, Espin et Zwarenstein (2010) par Alexandra Lapierre (2017)

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente le devis de recherche retenu, le milieu de l'étude, l'échantillon ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse de données. De plus, le déroulement de l'étude et les critères de scientificité sont décrits. Enfin, les considérations éthiques sont exposées.

Devis

Cette étude adopte un devis qualitatif exploratoire descriptif qui s'inscrit dans le paradigme constructiviste (Guba et Lincoln, 1989). Un paradigme est défini comme étant le postulat philosophique qui influence le développement des savoirs d'une discipline (Gavard-Perret, Gotteland, Haon et Jolibert, 2012; Pepin, Kérouac et Ducharme, 2017). C'est, notamment, cette position qui teinte notre vision des situations que l'on vit et que l'on étudie (Pepin et al., 2017). Ainsi, le chercheur constructiviste considère que toute connaissance est subjective et qu'il existe une interdépendance indéniable entre le sujet étudié et ses propres valeurs et croyances (Guba et Lincoln, 2005). Aussi, au plan ontologique, le chercheur considère que la réalité est relative, autrement dit, qu'elle se construit différemment d'une personne à l'autre (Guba et Lincoln, 2005). La recherche basée sur cette approche vise à mieux comprendre la réalité vécue selon les participants à l'étude, et ce, au travers un processus de coconstruction des connaissances avec le chercheur (Guba et Lincoln, 2005). Dans le cadre de cette recherche, une approche constructiviste permet une exploration en profondeur de l'expérience unique vécue par les professionnels de la santé lorsqu'ils collaborent en contexte de traumatologie à la salle d'urgence.

Ainsi, l'exploration de l'expérience de la collaboration interprofessionnelle (CIP) en contexte de traumatologie s'est réalisée selon une approche de recherche qualitative, car elle permet de procéder de façon flexible à l'étude de l'expérience que vivent les personnes concernées par une situation donnée (Fortin et Gagnon, 2016; Holloway et Wheeler, 2010). Plus spécifiquement, cette étude est exploratoire, car elle vise à mieux comprendre ce phénomène encore peu étudié (Trudel, Simard et Vonarx, 2007), et descriptive puisqu'elle décrit l'expérience vécue par les participants à l'étude (Fortin et Gagnon, 2016). En d'autres termes, elle permet de dépeindre la perception et l'expérience qu'ont les professionnels de la santé relativement au phénomène de la CIP et les facteurs qui l'influencent, et ce, en contexte de traumatologie.

Milieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans un centre hospitalier francophone de Montréal désigné centre de traumatologie secondaire accueillant approximativement 1000 cas de traumatismes par année (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2016). Le service d'urgence de cet hôpital a été sélectionné, car il est la porte d'entrée de la clientèle polytraumatisée, ainsi que le service où la collaboration entre les différents professionnels est une pratique courante. Il est à noter que ce centre hospitalier n'a pas de vocation d'enseignement universitaire et que, par conséquent, il n'accueille pas de résidents en médecine.

Échantillon

Une méthode d'échantillonnage par choix raisonné a permis la sélection des participants. Pour l'étude de la CIP, il va sans dire qu'il est primordial de sélectionner des participants faisant partie de chaque discipline œuvrant auprès des polytraumatisés de ce milieu clinique, c'est-à-dire infirmière, médecin, inhalothérapeute, préposé aux bénéficiaires et ambulancier paramédical. Ainsi, les critères d'inclusion de cette étude étaient : 1) être un professionnel de la santé ; 2) avoir plus d'une année d'expérience en traumatologie ; et 3) avoir vécu plus d'une prise en charge d'un patient polytraumatisé.

L'échantillon s'est composé de sept participants (n=7) représentatifs de l'équipe interprofessionnelle habituellement impliquée auprès de cette clientèle. Il s'agissait d'une infirmière, d'un inhalothérapeute, d'un urgentologue, d'une assistante-infirmière-chef, d'une conseillère en soins infirmiers de l'urgence, d'un ambulancier paramédical et d'un préposé aux bénéficiaires. Ces professionnels de la santé ont été choisis parce qu'ils font partie intégrante de chacune des prises en charge d'un polytraumatisé de cette salle d'urgence. Cet échantillon hétérogène, au sens où les participants proviennent de différentes disciplines, a permis d'obtenir une description détaillée de leur vision de la CIP et des facteurs la facilitant et la contraignant (Holloway et Wheeler, 2010; Patton, 2002; Polit et Beck, 2012).

Déroulement de l'étude et collecte de données

L'infirmière-chef du service d'urgence visé a d'abord été rencontrée afin d'obtenir son approbation quant à la mise en place d'une telle étude au sein de son service. Pour le recrutement des participants, une lettre d'invitation de participation à l'étude a été remise à tous les

professionnels de la santé travaillant à l'urgence (voir appendice F). De plus, une lettre explicative a été acheminée à tout le personnel de l'urgence (via courriel et note de service), afin d'expliquer l'étude et d'aviser de la possibilité que l'étudiante-chercheuse observe, à un moment ou à un autre, la prise en charge interprofessionnelle d'un polytraumatisé en salle de traumatologie (voir appendice G). Ensuite, l'étudiante-chercheuse a rencontré en personne les participants potentiels, en prenant le temps de leur expliquer le but de l'étude, et en quoi leur participation consistera. S'ils étaient intéressés à participer, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de reprendre contact avec eux afin de planifier le rendez-vous pour l'entrevue individuelle.

La collecte de données s'est effectuée en trois temps entre juin et novembre 2017. Tout d'abord, des entrevues individuelles semi-dirigées ont été menées avec les sept participants à l'étude (temps 1). Ensuite, deux observations directes de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence ont été réalisées (temps 2). Enfin, les sept participants à l'étude ont été invités à participer à un groupe de discussion en moyenne 15 semaines après leur entrevue individuelle (temps 3).

Les entrevues individuelles semi-dirigées (temps 1)

Une entrevue semi-dirigée avec chaque professionnel de la santé a été réalisée. Cette méthode de collecte de données permet de recueillir les données en lien avec les perceptions et les expériences sur des thèmes prédéterminés (Polit et Beck, 2012; Savoie-Zajc, 2009). Pour ce faire, un guide d'entrevue inspiré du cadre de référence de Reeves, Lewin, et al. (2010) comportant des questions ouvertes a été développé (voir appendice H) et utilisé lors des sept entrevues individuelles. Il porte principalement sur les facteurs relationnels, organisationnels, contextuels et procéduraux influençant la CIP. Les entrevues semi-dirigées, d'une durée approximative de 30 à 45 minutes, enregistrées sur bande audionumérique puis retranscrites en verbatim, ont été réalisées hors des périodes de travail. De plus, un questionnaire de données sociodémographiques a été complété par tous les participants (voir appendice I). Celui-ci a permis de recueillir des données sur les professionnels de la santé rencontrés, telles que la discipline professionnelle, l'âge, le genre, le nombre d'années d'expérience, le titre d'emploi, le statut d'emploi, le quart de travail, etc.

L'observation directe structurée (temps 2)

Deux observations directes structurées ont été réalisées lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle de traumatologie. Cette méthode de collecte de données avait principalement pour but d'observer les facteurs pouvant influencer la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé. À cet égard, une grille d'observation permettant la classification des facteurs selon les quatre domaines du cadre conceptuel de Reeves, Lewin, et al. (2010) a été développé préalablement avec l'avis concerté de deux experts (voir appendice J). Ainsi, l'étudiante-chercheuse a observé l'interaction entre les professionnels de la santé et leur environnement lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en adoptant un rôle passif. L'enregistrement des observations s'est effectué par une prise de notes descriptives et neutres, directement sur la grille d'observation préalablement développée. Puisqu'il est impossible de prévoir l'arrivée d'un tel patient, outre quelques minutes plus tôt, l'observation de la prise en charge d'un patient polytraumatisé s'est faite auprès des professionnels de la santé présents à ce moment-là. Le déroulement et le contexte de ces deux observations seront décrits plus loin.

Le groupe de discussion focalisé (temps 3)

En troisième lieu, suite à une première analyse des données, les participants aux entrevues individuelles semi-dirigées ont été invités à participer à un groupe de discussion focalisé. Le groupe de discussion est une technique d'entrevue réunissant des participants et un modérateur afin d'échanger sur un sujet donné (Fortin et Gagnon, 2016; Holloway et Wheeler, 2010; Krueger et Casey, 2015). Pour ce faire, un deuxième guide d'entrevue a été préalablement développé par l'étudiante-chercheuse (voir appendice K). De plus, un document préparatoire pour le groupe de discussion a été remis à tous les participants une semaine avant la rencontre, afin qu'ils prennent connaissance des principaux éléments avant la tenue de cette rencontre (voir appendice L). Le groupe de discussion s'est déroulé avec cinq des sept participants à l'étude, car il s'est avéré difficile de trouver un moment de rencontre commun pour tous. Néanmoins, ce nombre est tout de même représentatif des participants à l'étude. De plus, pour pallier à ces absences, la rétroaction de ces deux professionnels, suite à la remise du document préparatoire, leur a été demandée de façon individuelle.

Or, lors du groupe de discussion, une synthèse des résultats de l'analyse des entrevues individuelles a été présentée par l'étudiante-chercheuse aux participants présents à l'aide d'un

diaporama. Ainsi, lors de cette présentation, les participants ont été invités à compléter, confirmer ou infirmer les propos recueillis lors des entrevues individuelles. À la fin du groupe de discussion, l'étudiante-chercheuse a demandé aux participants présents d'émettre des propositions d'interventions qu'il serait possible de mettre en place dans ce milieu clinique dans le but d'améliorer la CIP en contexte de traumatologie. Le groupe de discussion a aussi été enregistré sur bande audionumérique, puis retranscrit en verbatim à des fins d'analyse.

Analyse des données

L'analyse des données s'est inspirée de Miles et Huberman (2003). Ceux-ci proposent trois étapes, soit la condensation des données, la présentation de celles-ci, puis l'élaboration et la vérification des conclusions (Miles et Huberman, 2003). Selon ces auteurs, ce processus itératif intervient tôt dans la démarche scientifique proposée, soit dès la phase de collecte de données, et se développe grâce à un va-et-vient entre ces différentes composantes.

La première étape a consisté à regrouper toutes les données provenant des entrevues individuelles semi-dirigées et des observations directes structurées lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle de traumatologie. En fait, un codage initial a été effectué à l'aide de plusieurs approches, soit descriptive, interprétative et explicative pour chaque entrevue individuelle et note d'observation, pour ensuite tenter de les regrouper ou de les diviser par thématique. À ce propos, l'appendice M présente un exemple d'un tableau d'analyse des données.

La deuxième étape a permis de présenter les données de façon à ce qu'elles soient organisées et fassent sens. Pour ce faire, Miles et Huberman (2003) mentionnent qu'il vaut mieux privilégier la schématisation au texte narratif, car elle permet de comprendre d'un seul coup d'œil ce qui est présenté. Dans le cadre de cette étude, une première synthèse des résultats de l'analyse des données sous forme de tableaux a été présentée aux participants à l'étude lors du groupe de discussion focalisé, afin de confirmer ou infirmer les données jusqu'alors recueillies (appendice L). Ensuite, une seconde analyse a été effectuée dans le but de trianguler les données en lien avec les entrevues individuelles, les données d'observation et le groupe de discussion focalisé.

Enfin, la troisième étape est l'élaboration et la vérification des conclusions. Selon Miles et Huberman (2003), l'élaboration des conclusions se déroule tout au long de la démarche

d'analyse, puisque le chercheur réfléchit petit à petit aux conclusions qui se façonnent. De plus, dans le contexte de cette étude, la vérification des conclusions a été menée auprès des participants à l'étude lors du groupe de discussion, mais aussi auprès des directeurs de recherche qui ont lu les analyses, validé, puis confirmé les résultats obtenus.

Critères de scientificité

Cette étude s'appuie sur les critères de scientificité de la recherche qualitative élaborés par Lincoln et Guba (1985), à savoir la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité.

Tout d'abord, la crédibilité est l'accord entre la vision des participants et la représentation que le chercheur se fait de celle-ci (Fortin et Gagnon, 2016). Pour atteindre ce critère de scientificité, la combinaison de plusieurs méthodes de collecte de données, aussi appelée « triangulation », a été effectuée. Celle-ci permet, entre autres, d'obtenir une vision plus complète du phénomène à l'étude et d'en tirer des conclusions plus approfondies (Fortin et Gagnon, 2016; Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). De plus, la synthèse des résultats des entrevues individuelles et des observations directes structurées a été présentée aux participants lors du groupe de discussion focalisé dans l'optique qu'ils confirment, infirment ou corrigent l'analyse faite par l'étudiante-chercheuse en lien avec leur expérience en traumatologie comme professionnels de la santé.

La transférabilité fait référence à la capacité de démontrer que les résultats obtenus seront valables dans d'autres contextes ou groupes (Fortin et Gagnon, 2016). À cet égard, ce critère repose sur une description suffisamment détaillée du contexte de l'étude et de son déroulement. De plus, les données sociodémographiques et la description des caractéristiques de l'échantillon permettent de se positionner sur la transférabilité des résultats pour d'autres populations.

La fiabilité « renvoie à la stabilité des données dans le temps et dans les conditions » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 377). Ainsi, la triangulation des méthodes de collectes de données, comme décrite précédemment, contribue à la fiabilité de l'étude (Lincoln et Guba (1985). Aussi, l'enregistrement audionumérique des entrevues, les verbatim ainsi que les notes d'observation supportent ce critère de scientificité.

Enfin, la confirmabilité se réfère à « l'objectivité ou à la neutralité des données et de leur interprétation » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 378). En d'autres termes, celle-ci implique de

s'assurer que les résultats représentent bien les données et non la vision qu'en a le chercheur. Pour cette étude, la triangulation a contribué à obtenir des données de plusieurs méthodes de collecte et par conséquent de renforcer la confirmabilité. De plus, la vérification par les pairs permet notamment de juger de la qualité des données et de leur interprétation. Dans le contexte de cette étude, cette méthode s'est effectuée par le directeur et la co-directrice de cette recherche, qui ont tous deux lu les analyses, validé, puis confirmé les interprétations.

Considérations éthiques

Le protocole de recherche a d'abord été soumis au comité d'éthique du milieu clinique participant à l'étude qui l'a approuvé #2018-1039 (voir appendice N).

Ainsi, les normes édictées par l'Énoncé de politique des trois Conseils quant au consentement libre et éclairé des participants, à la vie privée et la confidentialité, aux conflits d'intérêts et à la protection des participants à l'étude vis-à-vis d'éventuels préjudices ont été respectées (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada et Institut de recherche en santé du Canada, 2014)

De ce fait, un consentement libre et éclairé a été obtenu de la part de tous les participants et formellement signé lors des entrevues individuelles (voir appendice O). Cela consiste, selon l'Énoncé de politique des trois Conseils, au fait que les participants aient en mains les informations adéquates à propos de l'étude, les comprennent et aient l'habileté de consentir ou de décliner, et ce, volontairement et en tout temps (Conseil de recherche en sciences humaines du Canada et al., 2014). Ainsi, tous les éléments d'informations, tels que la description du projet, la nature et sa durée, ont été formellement expliqués aux participants. De plus, les risques et inconvénients potentiels associés à l'étude ont été expliqués, soit le temps requis pour la réalisation des entrevues individuelles et du groupe de discussion, la possibilité d'être observé lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle de traumatologie, les déplacements possibles hors des heures de travail ainsi que les frais reliés. Enfin, il leur a clairement été mentionné qu'ils auront la possibilité de quitter l'étude, et ce, à tout moment et sans aucune justification. Par conséquent, les principes d'un consentement libre et éclairé ont été satisfaits de ces différentes façons.

Au niveau de l'observation, la note de service avisant du déroulement de l'étude ainsi que de la possibilité d'être observé lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle de

traumatologie spécifique aux professionnels de la santé ne désirant pas être observés d'en aviser préalablement l'étudiante-chercheuse. En effet, la note de service mentionnait qu'il fallait considérer que l'observation n'avait pas pour but d'observer le patient, ni les professionnels de la santé, mais bien le phénomène de la CIP. De ce fait, il n'y aurait aucune atteinte à la vie privée. Selon le Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche (2015) du Canada, « la recherche axée sur l'observation qui ne permet pas d'identifier les participants lors de la diffusion des résultats, qui n'est pas orchestrée à l'avance par le chercheur, et qui a un caractère non intrusif sera normalement considérée comme comportant un risque minimal » (paragr. 41). Néanmoins, aucun professionnel de la santé travaillant à l'urgence n'a exprimé son refus d'être observé.

En outre, la confidentialité des renseignements personnels a aussi été maintenue, et ce, par la mise en application de stratégies de protection de l'information. Pour ce faire, les données sont restées anonymes grâce à l'utilisation de pseudonymes. Aussi, les enregistrements audio, documents écrits et notes d'observation de l'étudiante-chercheuse sont gardés sous clé, puis seront détruits selon le délai légal exigé par le comité d'éthique, c'est-à-dire 5 ans. Pour ce qui a trait aux conflits d'intérêts, il n'en existe aucun réel ou potentiel.

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de cette étude. Il se divise en cinq sections, soit 1) la description des professionnels de la santé participants à l'étude ; 2) la description de la CIP selon les professionnels de la santé ; 3) les facteurs facilitants et contraignants la CIP selon les professionnels de la santé ; 4) les facteurs facilitants et contraignants la CIP selon les observations directes et enfin ; 5) les propositions des professionnels de la santé pour améliorer la CIP dans leur milieu clinique.

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus d'une synthèse des propos tenus lors des entrevues individuelles avec chaque professionnel de la santé ainsi que des notes d'observation lors de la prise en charge de deux polytraumatisés. Ces résultats ont d'ailleurs été validés auprès de ces mêmes professionnels lors du groupe de discussion. Les facteurs présentés dans ce chapitre proviennent donc des trois méthodes de collectes de données. De plus, il est à noter que les références aux propos de validation tenus lors du groupe de discussion sont apportées seulement lorsque l'élément discuté a été abordé en minorité par les participants.

Enfin, les thématiques issues des résultats de cette étude ainsi que leur présentation s'inscrivent dans le cadre de référence de Reeves, Lewin, et al. (2010). En effet, ce cadre de référence structure l'analyse et la présentation des résultats par ses quatre catégories de facteurs influençant la CIP. Celui-ci a également influencé la terminologie utilisée dans l'identification de certains thèmes ou sous-thèmes présentés dans ces sections.

Description des professionnels de la santé

Cette section présente les caractéristiques détaillées des participants à l'étude en fonction des données sociodémographiques obtenues. De plus, leur rôle auprès de la clientèle polytraumatisée y est brièvement décrit.

Ainsi, sept professionnels de la santé (n=7) ont été rencontrés, dont cinq femmes et deux hommes. Un de ces participants est âgé entre 20 et 29 ans, trois d'entre eux ont entre 30 et 39 ans, deux autres entre 40 et 49 ans et un seul entre 50 et 59 ans. Trois de ces participants détiennent un diplôme d'études universitaires, trois d'entre eux ont un diplôme d'études collégiales tandis qu'une seule personne détient un diplôme d'études professionnelles. Trois participants font partie de la profession infirmière, tandis que les autres proviennent des disciplines suivantes : médecine, inhalothérapie, soins aux bénéficiaires et soins préhospitaliers. Parmi ces professionnels, trois d'entre eux détiennent plus de 16 ans d'expérience dans leur discipline, trois autres ont entre 11 et 15 ans d'expérience, tandis que les trois autres professionnels ont moins de 10 ans d'expérience. La majorité des professionnels travaillent à temps plein à l'exception d'une seule personne qui occupe un poste à temps partiel. De plus, quatre de ces professionnels travaillent sur le quart de jour. Un professionnel travaille de soir uniquement, un autre est de nuit, tandis que l'un d'entre eux travaille sur tous les quarts de travail de façon variable. Au niveau de la formation continue, trois participants détiennent les formations *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) et *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) (voir tableau III à la page suivante). Ces professionnels de la santé sont tous impliqués lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence et doivent conséquemment travailler de concert. Afin de mieux comprendre leur rôle, tel que décrit par les participants à l'étude, un bref portrait de chacun de ceux-ci est présenté à la suite.

Tableau III. Données sociodémographiques et autres données pertinentes des participants

Caractéristiques	Nombre de l'échantillon (n=7)	
Sexe	Homme : 2	Femme : 5
Âge	20-29 ans : 1 30-39 ans : 3	40-49 ans : 2 50-59 ans : 1
Scolarité	DEP : 1	Collégial : 3 Universitaire : 3
Discipline professionnelle	Infirmière : 3 Médecin : 1 Inhalothérapeute : 1 Préposé aux bénéficiaires : 1 Ambulancier : 1	
Nombre d'années de pratique	1-5 ans : 1 6-10 ans : 2	11-15 ans : 1 16 ans et + : 3
Nombre d'années d'expérience en traumatologie	1-5 ans : 2 6-10 ans : 1	11-15 ans : 3 16 ans et + : 1
Formation continue pertinente	ATLS : 3	ACLS : 3
Occupation actuelle	Temps plein : 6	Temps partiel : 1
Quart de travail	Jour : 4 Soir : 1	Nuit : 1 Variable : 1

L'infirmière

Infirmière à la salle d'urgence depuis plus de 19 ans, son rôle est principalement celui de procéder à l'évaluation du polytraumatisé dès son arrivée ainsi qu'à la dispensation des soins et interventions reliés. En effet, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence, plusieurs infirmières sont présentes. À ce sujet, elle mentionne : « On peut être 2-3 filles à préparer la médication, donner les médicaments, assister le médecin dans ses traitements et dans ses manœuvres » (I, INF, 13).

L'assistante-infirmière-chef

L'assistante-infirmière-chef est infirmière depuis 10 ans, dont 7 ans à la salle d'urgence. Son rôle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé est celui :

« (...) d'organisatrice, c'est elle qui devrait justement organiser tout le monde et dire, toi tu es là. L'assistante devrait faire les téléphones, parler aux familles, gérer la routine qui n'est pas des techniques. C'est vraiment le lien entre toutes les choses pour que ça fonctionne bien, pour que ça coule » (I, AIC, 63), affirme-t-elle.

L'urgentologue

L'urgentologue est un médecin spécialisé dans la médecine d'urgence. Celui rencontré pratique à l'urgence depuis maintenant 8 ans. De façon générale, son rôle est d'évaluer les patients, d'établir l'ordre d'urgence, de prononcer rapidement des diagnostics et de prodiguer les soins et interventions appropriés. En traumatologie, celui-ci soutient que lors de l'arrivée du patient : « On commence la réanimation selon l'ATLS, puis on commence à penser à l'orientation du patient, à la salle d'opération, est-ce qu'il nécessite un transfert (...) et combien de spécialités on va avoir besoin ? » (I, MD, 5).

L'inhalothérapeute

L'inhalothérapeute travaille à l'urgence depuis plus de 13 ans. Celui-ci intervient lors de l'arrivée d'un polytraumatisé et s'occupe plus particulièrement du système respiratoire. Or, l'inhalothérapeute agit pour maintenir, rétablir ou assister la fonction des voies respiratoires par l'utilisation d'un respirateur artificiel ou de tout autre appareil d'oxygénation ou par l'administration de médicaments par les voies respiratoires. En effet, celui-ci raconte que : « En bout de ligne, c'est de l'observation, et c'est ce qui va guider mes interventions. Si le patient ne respire pas, alors la première chose à faire c'est de le ventiler (...) donc mon rôle est de prendre en charge sa respiration » (I, INH, 6).

La conseillère en soins infirmiers de l'urgence

La conseillère en soins infirmiers est une infirmière de plus de 20 ans d'expérience. Celle-ci assume le rôle de conseillère à l'urgence depuis maintenant 10 ans. De façon générale, son rôle à l'urgence est de participer activement à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins infirmiers administrés dans cette urgence. Ainsi, celle-ci mentionne que, suite à la prise en charge d'un polytraumatisé : « Souvent je vais faire une rétroaction (...). Si je vois des choses qui ne sont pas selon les normes, à ce moment-là, je vais intervenir. Aussi, je suis une personne-ressource quand il arrive quelque chose » (I, CSI, 56).

La préposée aux bénéficiaires

La préposée aux bénéficiaires rencontrée dans le cadre de cette étude travaille à l'urgence depuis 20 ans. Elle évoque que : « Nous, comme préposés, on transfère le patient de la civière des ambulanciers, on le déshabille, on lui coupe les vêtements et on installe les appareils » (I, PAB, 9). Leur rôle est donc principalement d'assister l'équipe dans les différentes interventions auprès du patient ainsi que celui d'obtenir le matériel et de faire les commissions. « On a à amener des couvertures, à le réchauffer, à aller chercher du sang ou à aller au laboratoire par exemple » (I, PAB, 13), ajoute-t-elle.

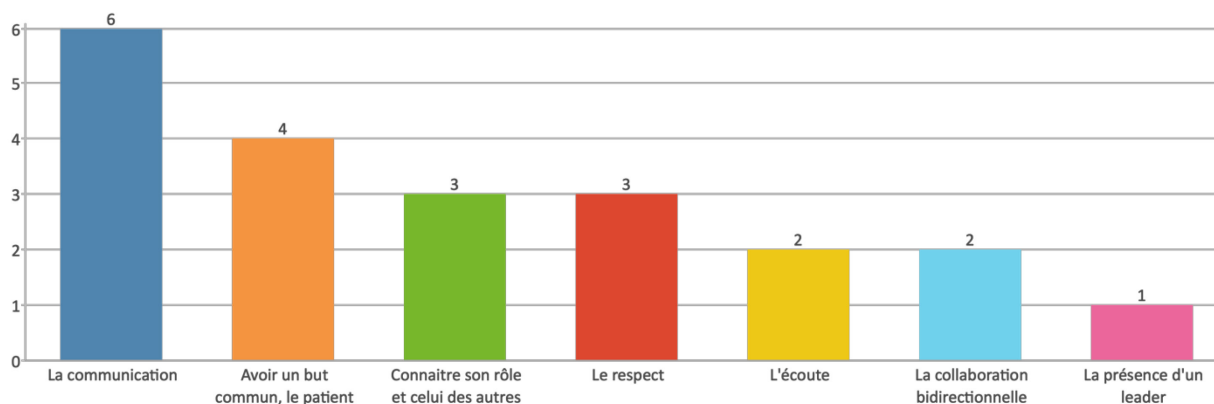
L'ambulancier paramédical

L'ambulancier paramédical, quant à lui, pratique depuis maintenant 2 ans. Il a la responsabilité de dispenser des soins d'urgence adéquats aux accidentés avant de les transporter vers un centre hospitalier dédié à la traumatologie. Il doit évaluer la situation et administrer les soins d'urgence au patient qui est sous son entière responsabilité. L'ambulancier paramédical rencontré mentionne que le plus important lors du transfert entre le volet préhospitalier et hospitalier : « C'est de faire une bonne collecte d'informations. Il faut vraiment avoir une bonne collecte parce que lorsqu'on arrive [à l'hôpital], c'est le moment du transfert d'informations » (I, AMB, 5).

Description de la CIP selon les professionnels de la santé

Lors des entrevues individuelles et du groupe de discussion focalisée, il a été question d'aborder la vision de la description de la CIP en contexte de traumatologie pour ces professionnels de la santé. Face à cette question, sept thèmes composant la CIP ont émergé. La figure 3 ci-dessous présente les différents thèmes abordés ainsi que le nombre de professionnels ayant identifié ce thème lors de l'entrevue individuelle.

Figure 3. Fréquence des thèmes de la description de la CIP



Thème 1. La communication

De façon presque unanime, les professionnels de la santé sont d'avis que la communication est un élément central de la CIP en contexte de traumatologie. En effet, cet élément est celui le plus fréquemment nommé par les différents professionnels de la santé lors des entrevues individuelles. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont eu des propos en ce sens : « C'est la communication qui est le plus important » (I, AIC, 14), affirme une des participantes. À cet égard, un autre professionnel mentionne : « C'est ça, c'est vraiment la communication, c'est ça qui est important, et plus vite la communication est bien établie, mieux c'est » (I, INH, 14).

Thème 2. Avoir un but commun, le patient

Le second élément le plus abordé par les professionnels de la santé est l'importance d'avoir un but commun, soit le patient. Lors de l'entrevue individuelle d'un des professionnels, celui-ci décrit la CIP comme : « Un échange d'informations entre des personnes dans le but d'arriver à un objectif commun » (I, INH, 16). Or, pour plusieurs, cet objectif commun est le

patient : « On travaille tous ensemble pour sauver la vie du patient » (I, PAB, 19), affirme une participante. Lors du groupe de discussion focalisée, tous les participants sont aussi de cet avis.

Thème 3. Connaître son rôle et celui des autres

Sans contredit, pour les professionnels de la santé, le fait de connaître son rôle est un élément important de la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence. À ce sujet, une professionnelle affirme : « C'est important que tout le monde sache ce qu'il doit faire pour qu'il y ait une belle collaboration (...) » (I, AIC, 14). Un autre professionnel ajoute : « Ça devient plus facile quand tout le monde sait quoi faire et comprend leur rôle » (I, MD, 11). De son point de vue, la conseillère en soins infirmiers ajoute une particularité qui a trait au fait de connaître aussi le rôle des autres professionnels : « Il faut que tout le monde connaisse le rôle de tout le monde » (I, CSI, 12), affirme-t-elle.

Thème 4. Le respect

Le respect est un autre élément important de la CIP, car un participant affirme que la prise en charge d'un polytraumatisé : « C'est un travail d'équipe, tout le monde est aussi important l'un que l'autre » (I, AIC, 16). De plus, un autre professionnel mentionne que le fondement de la collaboration est : « Le respect mutuel entre les intervenants (...), car tout le monde est important » (I, AMB, 13). Ainsi, lors du groupe de discussion focalisée, tous sont d'accord avec le fait que pour bien collaborer, il faut se respecter.

Thème 5. L'écoute

En moins grand nombre, certains professionnels mentionnent que l'écoute est un élément déterminant de la CIP. Par exemple, pour l'ambulancier paramédical, l'écoute est très importante, car elle est absolument nécessaire lors de son arrivée en centre hospitalier. Ainsi, de son point de vue, il affirme : « C'est l'écoute (...), certains médecins vont vraiment prendre le temps de se retirer de la scène, venir avec nous à leur bureau et prendre des notes de ce que l'on dit. Ça, c'est de la collaboration ! » (I, AMB, 9). Néanmoins, lors du groupe de discussion focalisée, tous les professionnels de la santé sont tout de même en accord avec l'importance de l'écoute au sein de la CIP.

Thème 6. La collaboration bidirectionnelle

Aux yeux de plusieurs professionnels de la santé, la collaboration doit être bidirectionnelle, c'est-à-dire qu'elle doit s'effectuer d'un sens comme dans l'autre. « Pour moi, la collaboration doit être dans les deux sens, les personnes qui parlent doivent être écoutées, que ça soit un préposé, une infirmière ou le médecin (...), pour moi, c'est dans les deux sens » (I, INF, 15), affirme une professionnelle. À ce sujet, un autre mentionne : « C'est une chaîne la collaboration, et je pense qu'on a besoin de tous les maillons. Si on en met un de côté (...), ça ne marchera pas » (I, AMB, 13).

Thème 7. La présence d'un leader

En traumatologie, il est incontestable pour les professionnels de la santé d'avoir un leader lorsqu'il s'agit de collaborer. Étonnamment, peu de professionnels ont mentionné cet élément lors des entrevues individuelles. La conseillère en soins infirmiers affirme toutefois : « Il faut que quelqu'un prenne le lead. Il y a un leader médical, c'est nos médecins, mais même au niveau des infirmières, il faut qu'il y ait une infirmière qui soit plus leader que les autres pour voir le travail un peu plus globalement » (I, CSI, 10). Néanmoins, lors du retour en groupe, tous les professionnels de la santé se sont étonnés de ne pas avoir nommé le fait d'avoir un leader, élément qui pour eux, est primordial. « Moi aussi je suis surprise de voir qu'il y en a juste un [qui a nommé l'élément avoir un leader] (...) » (G, PAB, 26), affirme une participante. Malgré tout, lors du groupe de discussion focalisée, tous les professionnels présents confirment qu'ils sont d'avis que l'élément « présence d'un leader » fait partie intégrante de la CIP en traumatologie.

Les facteurs facilitants et contraignants la CIP selon les professionnels de la santé

Cette section porte sur les facteurs facilitants et contraignants la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence selon les professionnels de la santé. Afin d'en faciliter l'analyse, ces facteurs ont été divisés en fonction des quatre catégories du cadre conceptuel de Reeves, Lewin, et al. (2010), soit relationnel, procédural, contextuel et organisationnel. Or, lors du processus d'analyse des données, une autre catégorie de facteurs influençant la CIP a émergé, ce sont les facteurs individuels. Ces catégories, avec leurs thèmes et sous-thèmes associés, sont présentées dans cette section.

Les facteurs individuels

La catégorie des facteurs individuels se compose des thèmes suivants : l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé, l'état physique, l'état émotionnel ainsi que la mise à jour des connaissances (voir tableau IV).

Tableau IV. Les facteurs individuels facilitants et contraignants la CIP

Les facteurs facilitants	Les facteurs contraignants
L'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé	
Être plus exposé	Être peu exposé
L'état physique	
	La fatigue
L'état émotionnel	
	La mauvaise humeur
	Le stress
La mise à jour des connaissances	
Mise à jour des connaissances	Pas de mise à jour des connaissances

Thème 1. L'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé

Être plus exposé vs être peu exposé. Au plan individuel, le fait d'être un professionnel de la santé ayant été fréquemment exposé à l'intervention auprès d'un polytraumatisé à l'urgence est facilitant. Toutefois, pour plusieurs professionnels, il est plutôt question d'expérience. Par exemple, une professionnelle mentionne : « Si c'est des gens expérimentées qui ont déjà eu un polytraumatisé, je sens que les gens sont un peu plus calmes, un peu plus dans leur position, et la communication est vraiment plus efficace » (I, CSI, 18). Aussi, un autre professionnel ajoute : « Je pense, l'expérience. Si on a fait des choses ensemble plusieurs fois, c'est aussi simple que ça. Tout devient plus fluide, plus naturel (...) » (I, MD, 40). Or, lors du groupe de discussion focalisée, les professionnels de la santé en concluent que le fait d'être plus exposé à ce genre de situation semble être la façon la plus appropriée de nommer ce facteur facilitant. En effet, une participante mentionne : « L'exposition, j'aime beaucoup, parce que des fois, tu peux avoir beaucoup d'expérience, mais ne pas avoir été exposé à une situation » (G,

CSI, 107), et tous sont de cet avis. Inversement, le fait d'avoir été peu exposé à l'intervention auprès d'un polytraumatisé à l'urgence est un facteur contraignant la CIP. Plusieurs participants évoquent ce sujet : « Le manque d'expérience aussi des infirmières. (...) C'est sûr qu'elles ont une orientation pour la salle de choc, mais quand tu ne l'as pas vu, c'est un peu plus difficile » (I, AIC, 54).

Thème 2. L'état physique

La fatigue. La fatigue est un facteur contraignant la CIP qui a été abordé par les professionnels de la santé lors de leur entrevue individuelle. « Quand on est fatigué, on est moins patient, on se stress plus facilement, donc c'est difficile » (I, MD, 88), affirme un participant. À ce sujet, un autre dit : « Je n'en ai pas parlé, mais le niveau de fatigue des intervenants [a aussi son influence] » (I, AMB, 41). Ainsi, selon ces professionnels, l'état physique, soit la fatigue du professionnel de la santé, semble avoir un impact sur la qualité de la CIP lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence.

Thème 3. L'état émotionnel

La mauvaise humeur. La mauvaise humeur est plutôt l'état émotionnel du professionnel de la santé. À cet effet, les professionnels rencontrés sont d'avis que l'état émotionnel, soit l'humeur d'un individu, influence positivement ou négativement la CIP. À ce sujet, un participant mentionne : « Il y a aussi l'humeur personnelle. Mettons que j'arrive un matin et que je ne *feel* pas, peut-être que ça va moins me tenter de collaborer (...) » (I, INH, 95). Lors du groupe de discussion focalisée, une professionnelle ajoute : « C'est vrai, avoir une mauvaise journée ça ne facilite pas la collaboration parce que tu vas être moins enclin à partager (...) » (G, CSI, 143).

Le stress. Le stress lors de la prise en charge d'un polytraumatisé diffère d'un individu à l'autre et est un autre élément pouvant affecter négativement la CIP. Il va de soi que certaines personnes peuvent être davantage affectées par le stress que d'autres. À ce sujet, une participante mentionne avoir remarqué ceci : « C'est sûr qu'il y a des gens qui sont un peu plus stressés (...), qui se sentent moins en sécurité quand ils font face à des situations comme ça, donc ils perdent un peu plus le contrôle » (I, PAB, 35). Un autre participant ajoute aussi : « Je pense que le niveau de stress a un impact sur la qualité de l'intervention (...) » (I, AMB, 35). « Je pense que quand on

est un peu nerveux (...) c'est difficile de rester à notre place » (I, CSI, 28), affirme une autre professionnelle. Ainsi, le stress peut aussi avoir un impact sur le professionnel de la santé, au sens où celui-ci aura de la difficulté à rester assigné à son rôle et à ses tâches.

Thème 4. La mise à jour des connaissances

Mise à jour des connaissances vs pas de mise à jour des connaissances. La mise à jour des connaissances pour les professionnels de la santé en traumatologie semble être un facteur influençant la collaboration. La conseillère en soins infirmiers mentionne lors de son entrevue : « J'irais peut-être plus au niveau individuel, on a une responsabilité de mettre nos connaissances à jour (...), mais si les gens ne mettent pas leurs connaissances à jour et arrêtent leur formation, ça c'est problématique (...) » (I, CSI, 50). Sans contredit, le fait d'avoir ou non ses connaissances à jour influence la façon de procéder d'un professionnel de la santé lors de la prise en charge d'un polytraumatisé. La conseillère en soins infirmiers est la seule à avoir identifié cet élément lors de son entrevue, toutefois, tous les professionnels de la santé confirment ce facteur lors du groupe de discussion focalisée.

Les facteurs relationnels

La deuxième catégorie de facteurs, soit les facteurs relationnels, est la catégorie ayant été le plus souvent abordée par les différents participants à l'étude. On y retrouve cinq thèmes pouvant influencer de façon positive ou négative la CIP : la communication, les rôles, la composition de l'équipe, la stabilité de l'équipe et les relations interpersonnelles (voir tableau V à la page suivante).

Tableau V. Les facteurs relationnels facilitants et contraignants la CIP

Les facteurs facilitants	Les facteurs contraignants
La communication (bonne vs mauvaise)	
Communiquer ce qui est fait	Ne pas communiquer ce qui est fait
Écoute	Pas d'écoute
Directives claires	Directives pas claires
Communication en boucle fermée	Communication chaotique
Le débriefage	
Les rôles	
Répartition claire des rôles	Répartition pas claire des rôles
Connaître son rôle et celui des autres	Ne pas connaître son rôle et celui des autres
Garder son rôle	Ne pas garder son rôle
Présence d'un leader (médical et infirmier)	Ne pas avoir de leader
La composition de l'équipe	
Un seul leader médical	Mauvaise collaboration entre les médecins
Équipe stable	Équipe instable
Intégration du nouveau personnel	
Les relations interpersonnelles	
Bonnes relations interpersonnelles	Conflits interpersonnels
Respect	Pas de respect
Entraide	
Confiance	

Thème 1. La communication (bonne vs mauvaise)

Communiquer ce qui est fait vs ne pas communiquer ce qui est fait. L'un des sous-thèmes abordé par les professionnels de la santé lorsqu'ils font référence à une « bonne communication » est le fait de communiquer ce qui est fait à voix haute et en temps réel lors des différentes interventions auprès du polytraumatisé. À ce sujet, un professionnel affirme qu'il est important : « Que tout le monde communique bien où il est rendu à voix haute et que les autres prennent le temps de l'écouter » (I, AMB, 9). À l'inverse, le fait de ne pas communiquer ce qui

est fait semble avoir un impact négatif sur la collaboration ainsi que sur les soins apportés aux patients : « Ça arrive souvent qu'on va dire que oui, j'ai une voie I.V. et je ne vais pas le dire à tout le monde, je vais le dire seulement à mon voisin par exemple. Donc là, ça crée un peu de problèmes de communication » (I, MD, 20), affirme un professionnel. Un autre nous met en situation :

« On prend un exemple, (...) il faut faire plein de soins (...), les infirmiers font les soins, mais (...) ce n'est pas dit, ils écrivent sur la feuille, mais le médecin ne le sait pas. Et là, 3 minutes après : « Hey, tel médicament a-t-il été administré ? », « Oui, oui il y a 4 minutes ! », « Mais, comment ça je ne le sais pas ? » » (I, AMB, 33).

Écoute vs pas d'écoute. Les professionnels sont d'avis que, pour bien collaborer, il faut avoir : « Une meilleure écoute entre les individus » (I, AMB, 69). Par son expérience, l'ambulancier paramédical rapporte que le fait de ne pas être écouté lors de son rapport verbal à l'arrivée au centre hospitalier contraint la collaboration lors de la prise en charge du polytraumatisé. Il relate ceci : « Des fois avec le stress, on dirait que le personnel n'écoute pas totalement ce qu'on dit. On a fait notre mandat d'aller chercher l'information (...), mais on dirait qu'on vous la donne et que vous reculez en arrière, vous recommencez » (I, AMB, 5). Néanmoins, lors du groupe de discussion focalisée, tous sont d'avis que l'écoute est effectivement nécessaire à la collaboration et que le transfert d'information lors de l'arrivée du patient au centre hospitalier est primordial, mais semble parfois problématique.

Directives claires vs directives pas claires. Le fait d'exprimer des directives qui se veulent claires est un élément souvent nommé par les différents professionnels de la santé rencontrés. En traumatologie, ces directives proviennent principalement du *trauma team leader* et sont souvent des ordonnances médicales, afin d'initier des traitements. Une participante mentionne, lorsqu'on lui demande ce qui, à son avis, facilite la collaboration : « Une bonne communication (...). Qu'ils soient clairs dans leurs directives, que les gens soient clairs » (I, PAB, 59). Inversement, elle ajoute que le contraire n'aide pas : « Quand les directives ne sont pas claires (...) tu peux partir avec une idée, pis c'est pas ça du tout » (I, PAB, 65).

Communication en boucle fermée vs communication chaotique. La communication en boucle fermée ou le *closed loop communication* semble faciliter la collaboration. Cette technique de communication vise principalement à éviter de faire des erreurs en s'assurant

constamment que ce qui est dit est bien compris et fait. Une participante affirme à ce sujet : « J'aime bien quand il y a une répétition des actions posées pour être sûr qu'on a bien compris ce qu'on fait ou ce que le médecin demande (...). J'aime bien la notion de se répéter et d'avoir un *eyes contact* et de dire, ok, la personne nous a bien compris » (G, CSI, 147). Du côté des facteurs contraignants, les participants à l'étude mentionnent le fait que, dans la prise en charge du polytraumatisé, la communication est parfois chaotique. « Ça parle fort (...). Plus le son monte, plus les médecins ont besoin de parler fort, plus le chaos s'installe » (I, INF, 25), affirme une professionnelle. Un autre explique que : « Quand tout le monde parle en même temps, c'est difficile des fois d'entendre les consignes (...). Ça peut devenir cacophonique quand le monde court à gauche, court à droite. (...). Ça peut aller vite des fois » (I, INH, 44).

Le débriefage. Le débriefage est la période de rencontre des professionnels suite à la prise en charge d'un polytraumatisé, afin de faire le bilan sur la situation. Celui-ci est un élément facilitant la CIP. Une participante mentionne à ce sujet que :

« Le débriefage c'est une période pour décompresser, parce que ça peut être stressant (...). C'est vraiment une période pour remettre en valeur ce qui a été bien fait et essayer d'encourager les gens à évoluer et à s'améliorer. Donc, je considère que c'est vraiment boucler la boucle et que c'est très important pour l'esprit d'équipe » (I, AIC, 78).

Thème 2. Les rôles

Répartition des rôles claire vs répartition des rôles pas claire. La répartition des rôles semble être un élément primordial en traumatologie. Cela consiste au fait d'identifier le rôle de chaque intervenant, avant même l'arrivée du polytraumatisé, lorsque possible. Un professionnel affirme à ce sujet : « C'est sûr que les rôles, il faut que tout le monde sache quoi faire (...) » (I, AMB, 41). Or, une autre professionnelle est d'avis que la répartition des rôles est une pratique courante pour les intervenants travaillant à la salle de choc puisqu'elle mentionne : « De façon générale, je vois qu'au départ, les gens ont chacun leur rôle. Tu rentres dans la salle de choc et tu le vois vraiment. Tu as l'infirmière qui est à côté de son chariot, tu as celle qui est aux notes, même visuellement t'es capable de voir qui est où » (I, INF, 73). Toutefois, pour le médecin, il semblerait que cette répartition des rôles ne soit pas toujours aussi claire : « Des fois, pour moi ce n'est pas clair, qui prépare le médicament, qui amène le médicament, qui cherche une voie I.V. ? » (I, MD, 28).

Connaître son rôle et celui des autres vs ne pas connaître son rôle et celui des autres.

Connaître son rôle et celui des autres intervenants semble un facteur facilitant clé pour les différents professionnels de la santé. À cet égard, un participant mentionne lors de son entrevue : « Il faut que la personne sache quel est son rôle, le médecin faut qu'il sache quel est le rôle de l'inhalo, quel est le rôle de l'infirmière » (I, AMB, 51). En revanche, la conseillère en soins infirmiers partage ses observations lors de la prise en charge d'un polytraumatisé : « Ce que j'ai observé dans la dernière année, c'est une méconnaissance des rôles de chacun, à savoir qui fait quoi exactement » (I, CSI, 10).

Garder son rôle vs ne pas garder son rôle. Parfois, malgré qu'il y ait une bonne répartition des rôles de chacun, ainsi qu'une bonne connaissance de ceux-ci, il semblerait que le fait de garder son rôle lors de la prise en charge du polytraumatisé s'avère facilitant et que le contraire est plutôt contraignant. En effet, une participante est d'avis qu'il est important que : « Chaque personne reste à son rôle pendant l'intervention parce que souvent, les médecins demandent beaucoup de choses en même temps et tout le monde se lance pour faire tout, au lieu de faire une chose à la fois » (I, CSI, 10). À ce sujet, l'ambulancier paramédical témoigne de ses observations lors de sa présence en centre hospitalier : « Au début, ils ont chacun leur rôle et après le médecin commence à donner des ordonnances verbales sur des médicaments (...), et là j'ai vu des affaires se dédoubler, deux infirmiers préparer le même médicament » (I, AMB, 25).

Avoir un leader vs ne pas avoir de leader. La notion de leader semble très présente en traumatologie, tant sur le plan médical qu'infirmier. L'assistante-infirmière-chef affirme : « C'est important que le leader soit défini et qu'on sache que c'est cette personne-là qu'il faut écouter » (I, AIC, 60). Face à son rôle, elle ajoute : « Quand je suis assistante, c'est moi qui va être la leader infirmier, puis dans les médecins, il va y avoir un leader médecin. Puis, entre nous, on va communiquer » (I, AIC, 28). Toutefois, une participante affirme avoir souvent remarqué le manque de leadership dans la prise en charge du polytraumatisé, ce qui contraint la collaboration entre les professionnels : « Il n'y a pas de leadership, y'a pas personne qui fait : « Ok *let's go*, on s'en va où ? », « On est rendu où ? » » (I, CSI, 24).

Thème 3. La composition de l'équipe

Présence d'un seul leader médical vs mauvaise collaboration entre les médecins. Lors de son entrevue individuelle, une participante affirme : « À partir du moment où on a un deuxième médecin qui entre en ligne de compte, là ça commence à aller mal, parce que tout le monde veut quelque chose » (I, INF, 13). Or, lors du groupe de discussion focalisée, le médecin est d'avis qu'il est facilitant d'avoir un seul leader, et non un seul médecin, car, pour lui, la prise en charge d'un polytraumatisé nécessite la collaboration d'au moins deux médecins. En effet, « Ça prend un seul leader » (G, MD, 154), affirme-t-il.

Toutefois, la réalité semble parfois être la présence de plusieurs médecins leaders auprès du même patient. « Certains chirurgiens sont un peu plus interventionnistes sur place et les intensivistes sont beaucoup trop interventionnistes sur place. Ils ont tendance à prendre le *lead* quand ce n'est pas eux autres qui devraient prendre le *lead* » (I, AIC, 46), explique une participante. « Ils ont de la difficulté à se dire : « Moi, je vais leader, et si vraiment tu trouves que ça n'a pas de bon sens tu me parleras ». Mais ce n'est pas ce qu'ils font. Ils pensent qu'ils ont tous la meilleure idée » (I, INF, 67), soutient une professionnelle. Un autre mentionne aussi avoir déjà vécu une situation où les médecins se contredisaient : « Il n'y a rien de pire pour un code que quand il y a deux médecins qui te disent deux affaires différentes. (...) En bout de ligne, c'est le patient qui subit ça » (I, INH, 34). À ce sujet, même le médecin semble d'avis qu'il y a place à l'amélioration quand il est question de collaboration entre les médecins, car il dit : « C'est peut-être entre médecins que ce n'est pas toujours clair » (I, MD, 20).

De plus, dans le contexte de ce milieu clinique, il s'avère que la présence des intensivistes spécialistes est un élément contraignant à la collaboration en salle d'urgence. Les intensivistes sont des médecins spécialistes œuvrant spécifiquement aux soins intensifs. En effet, plusieurs se questionnent sur le rôle que ces professionnels ont à jouer dans la prise en charge du polytraumatisé à l'urgence. « C'est sûr que le patient va finir aux soins intensifs s'il survit. Ça va devenir son patient, je suis d'accord. Mais est-ce qu'il est obligé de le prendre en charge à partir de l'entrée par contre ? » (I, INF, 63), se questionne une participante. De plus, une autre affirme : « C'est là que ça devient chaotique, parce que des fois, les intensivistes vont arriver à plusieurs (...), et ils sont plusieurs à donner des directives. (...). Ça va alors un petit peu de tous les côtés » (I, PAB, 45).

Équipe stable vs équipe instable. Une équipe stable semble avoir une influence positive sur la collaboration. Par équipe stable, les professionnels de la santé signifient le fait d’avoir une équipe composée d’intervenants qui se connaissent et qui sont habitués à travailler ensemble. En effet, un des participants mentionne à ce propos : « Si les intervenants ont déjà appris à travailler ensemble, créés des affinités, c’est là que la relation interpersonnelle va être plus facile et que tout va plus couler » (I, AMB, 31). Un autre affirme également : « Quand tu connais les personnes et que t’es habitué de travailler avec (...). Tu comprends ce que l’autre pense, ce que l’autre veut dire » (I, INH, 84). Inversement, le fait que l’équipe soit instable influence de façon négative la collaboration. « Les équipes fluctuent énormément. On a beaucoup de nouveaux membres depuis plusieurs années et on a beaucoup de monde qui ont quitté avec beaucoup d’expérience » (I, CSI, 54), soutient une professionnelle.

Intégration du nouveau personnel. Comme dans tous les services, il va sans dire que de nouveaux professionnels de la santé sont intégrés plusieurs fois par année dans les différentes équipes, surtout au niveau infirmier. Ainsi, le parcours professionnel d’une infirmière se fait de façon graduelle. Suite à l’acquisition d’expérience considérable dans les différents secteurs de l’urgence, une infirmière est ensuite orientée et intégrée à la pratique en salle de choc. Par conséquent, les équipes se composent souvent de « nouvelles infirmières », c’est-à-dire d’infirmières ayant peu pratiqué en salle de choc. L’intégration du nouveau personnel à la salle de choc est donc un facteur influençant la collaboration, mais semble rester facilitant lorsque d’autres infirmières d’expérience sont présentes sur place. Une participante mentionne à ce propos : « Je pense que les gens moins expérimentés sont contents d’avoir des gens avec une certaine expérience parce que ça leur donne un encadrement et une direction à suivre (...) et, tranquillement, ils vont répéter par observations » (I, CSI, 26).

Thème 4. Les relations interpersonnelles

Bonnes relations interpersonnelles vs conflits interpersonnels. Les bonnes relations interpersonnelles sont un élément facilitant, tandis que les conflits interpersonnels semblent être un élément plus ambigu selon les professionnels de la santé rencontrés. Tout d’abord, un participant affirme : « De meilleures relations interpersonnelles donnent habituellement de meilleures relations interprofessionnelles » (I, MD, 80). Toutefois, le contraire ne semble pas vrai, car pour ces professionnels de la santé, le fait d’avoir un conflit avec un autre professionnel

n'a peu ou pas d'impact sur la collaboration lors de la prise en charge du polytraumatisé. En effet, plusieurs professionnels l'expliquent ainsi :

« Que j'aie un conflit avec quelqu'un, si j'ai un code devant moi, puis que c'est avec elle que je travaille, bien je vais travailler en équipe avec elle. Ces conflits-là disparaissent, (...) t'as un rôle à jouer. Rendue là, tu ne te poses pas la question » (G, INF, 186).

À la lumière de tous ces propos, il s'avère clair que pour ces professionnels de la santé, la prise en charge d'un polytraumatisé est une situation d'urgence où le professionnalisme est de mise, malgré l'existence d'un quelconque conflit, puisque dans cette situation, le but commun est le patient.

Respect vs pas de respect. Le respect faisant partie d'une façon de créer des relations interpersonnelles favorables semble aussi avoir une influence sur la CIP. « Je pense que le respect c'est l'allié #1 dans une salle de choc pour la collaboration » (I, AMB, 11), affirme un participant. « Être poli et respectueux pour toute intervention, c'est facilitant » (I, INF, 31), affirme aussi une autre participante. Inversement, l'un d'entre eux raconte : « Je pense que des fois, c'est stressant, y'a une vie en jeu (...) et tu sens comme une animosité qui n'est pas normal. Ce n'est pas tout le temps, mais sur certains cas, il manque de respect ! » (I, AMB, 21).

Entraide. L'entraide semble un élément facilitant lors de la collaboration. L'inhalothérapeute croit qu'il est important de s'entraider et de prendre en considération les besoins des autres. Il affirme : « Il ne faut pas se gêner de communiquer : « Y'as-tu quelque chose que je peux faire pour t'aider ? » (...) C'est de savoir que la personne est là pour toi si tu as besoin, c'est rassurant » (I, INH, 24). D'ailleurs, tous les professionnels sont de cet avis lors du groupe de discussion focalisée.

Confiance. La confiance est un autre élément positif relié aux relations interpersonnelles et semble être facilitant pour la collaboration aux dires de l'ambulancier paramédical : « Je pense qu'une équipe qui se connaît, qui se fait confiance, va être plus détendue entre guillemets, même si le patient est un polytraumatisé sévère » (I, AMB, 35). Il ajoute à cela que la confiance doit être présente malgré que les intervenants ne se connaissent pas. « On ne se connaît pas (...), mais t'as confiance en mon travail et j'ai confiance au tien » (I, AMB, 45), affirme-t-il.

Les facteurs procéduraux

La troisième catégorie de facteurs est les facteurs procéduraux. Plus précisément, ces facteurs ayant une influence sur la CIP sont l'environnement, le quart de travail, les protocoles et procédures ainsi que l'urgence d'agir (voir tableau VI).

Tableau VI. Les facteurs procéduraux facilitants et contraignants la CIP

Les facteurs facilitants	Les facteurs contraignants
L'environnement	
Lieux physiques adéquats	Lieux physiques inadéquats
	Le matériel désuet, manquant, inaccessible
	Présence de patients dans la salle de choc
Présence des familles	
Le quart de travail	
Le quart de jour	Les quarts de soir et de nuit
Les protocoles et procédures	
Connaître les protocoles et procédures	Ne pas connaître les protocoles et procédures
	Ne pas suivre les protocoles et procédures
	Les transferts inter hospitaliers
	La coordination des plateaux techniques
La préparation	
L'urgence d'agir	
	L'acuité du patient
	L'âge du patient

Thème 1. L'environnement

Lieux physiques adéquats vs lieux physiques inadéquats. Selon une des professionnelles, les lieux physiques, c'est-à-dire la salle de choc, facilitent le travail de la prise en charge du polytraumatisé, car elle affirme : « On a des beaux lieux physiques, on a une belle salle de trauma, on a de l'espace pour travailler » (I, CSI, 54). Toutefois, une autre est plutôt de l'avis contraire : « T'as la machine à échographie, t'as 50 000 machines, tu n'as déjà pas de

place » (I, INF, 27). À cela, elle ajoute : « Je trouve que notre salle de trauma, elle s'est empoussiérée, on n'est pas au goût du jour, nos protocoles ne sont pas facilement touchables, on a beaucoup de contraintes pour partir une perfusion de quelque chose » (G, INF, 111).

Le matériel désuet, manquant, inaccessible. Le matériel est un autre élément de l'environnement pouvant contraindre la collaboration, lorsque celui-ci est désuet, manquant ou parfois même, difficilement accessible. À ce sujet, une participante avoue : « On a des irritants par contre, beaucoup de matériel méconnu, pas au bon endroit. Peut-être qu'on devrait avoir un coin vraiment dédié à la trauma » (I, CSI, 54). « Le matériel désuet qui ne marche pas (...) » (I, INH, 56) soutient aussi un autre professionnel. De plus, face à l'accessibilité du matériel, une participante affirme : « C'est sûr que nos lieux physiques font qu'on a besoin de sortir, car on n'a pas tout à notre disposition (...) » (I, CSI, 28).

Présence de patients dans la salle de choc. La présence de patients dans la salle de choc, autres que le polytraumatisé, est unanimement un facteur influençant la collaboration, ainsi que la prise en charge du polytraumatisé lors de son arrivée. Un professionnel se questionne d'ailleurs sur ce qui influence la collaboration et affirme : « (...), mais des fois, c'est selon à quoi ressemble la salle de choc ? Es-tu pleine, es-tu vide ? » (I, AMB, 7). Face à cela, l'inhalothérapeute donne un exemple : « Par exemple, je peux être dans le choc en train de coder un patient polytraumatisé, mais il y a un patient qui est sur le BiPAP et il décide d'arracher son BiPAP et décompense. Des fois, l'attention peut donc être déviée (...) » (I, INH, 42).

Présence des familles. Outre la présence de plusieurs patients, il y a aussi la présence des familles qui peut influencer la collaboration. Néanmoins, les professionnels sont tous d'avis que les familles ont leur place dans la salle de choc, mais qu'ils doivent absolument être accompagnés par un intervenant pour ne pas influencer négativement la situation. « La présence des membres de la famille ça ne me dérange pas, s'ils sont accompagnés par quelqu'un qui travaille dans l'hôpital qui peut les encadrer, et qu'ils sont calmes » (G, MD, 189), affirme un professionnel. Une autre ajoute à cela : « C'est correct parce qu'ils sont capables de faire la suite eux aussi, (...) t'es mieux de voir ce qui se passe, car ça va t'aider à comprendre, que de te mettre dans une petite pièce porte fermée et te dire, attend » (G, INF, 198).

Thème 2. Le quart de travail

Le quart de jour vs les quarts de soir et de nuit. La réalité aux dires des différents professionnels, c'est que la pratique en traumatologie n'est pas la même selon le quart de travail. En effet, il semblerait qu'il y ait d'importantes divergences entre les trois quarts. À ce sujet, une participante affirme : « Il y a une réalité différente, de jour, de soir, de nuit, les ressources ne sont pas les mêmes et l'expérience n'est pas la même non plus » (I, CSI, 8). Lors du groupe de discussion focalisée, une autre soutient aussi que : « De jour, c'est plus facile, parce que tu as la gang de vieilles que tu peux jumeler avec toutes les nouvelles qui rentrent. De soir, tu n'as pas ce luxe-là, quoi que t'as quelques séniors, mais de nuit, on oublie ça » (G, INF, 78).

Thème 3. Les protocoles et procédures

Connaître vs ne pas connaître les protocoles et procédures. Le fait de connaître les protocoles et procédures en traumatologie semble un facteur facilitant la collaboration. Une participante mentionne : « Les procédures sont importantes, surtout pour la personne qui *lead*. Par exemple, comment obtenir des culots, comment s'organiser avec la radiologie, le rôle de chacun dans l'ATLS, c'est vraiment très important » (I, AIC, 90). Il va de soi qu'inversement, le fait de ne pas connaître les protocoles et procédures influence négativement la collaboration. À ce sujet, une professionnelle soutient qu'« (...) il faut vraiment qu'il y ait une structure dans la prise en charge. L'ATLS, t'as une structure, la trauma y'a une structure, mais elle n'est pas vue ou connue de tout le monde de la même façon, je pense » (I, CSI, 38).

Ne pas suivre les protocoles et procédures. Outre le fait de ne pas connaître les protocoles et procédures, ceux-ci sont parfois non respectés, ce qui contraint nécessairement la collaboration. Par exemple, l'inhalothérapeute raconte qu'à plusieurs reprises, il n'a pas été avisé de l'arrivée d'un polytraumatisé, comme la procédure le demande et qu'en plus, le code trauma n'a pas été lancé : « Y'avait un téléphone rouge et je n'étais même pas au courant. Je passais par-là, et je vois le monde qui sont en train de masser ! » (I, INH, 10). Il ajoute aussi que ce qui n'est pas aidant est : « Le non-respect des procédures optimales, par exemple, quand on reçoit quelqu'un qui est combitubé, en théorie, parce qu'on a une voie aérienne perméable, on serait supposé de le garder [le combitude] » (I, INH, 54).

Les transferts inter hospitaliers. Les transferts inter hospitaliers semblent parfois difficiles, au sens où la collaboration entre les deux centres hospitaliers est, aux dires des participants, laborieuse. Par exemple, une participante raconte un transfert qui s'est plutôt mal déroulé : « La collaboration de l'autre centre n'était pas là. Il y eu beaucoup de délais et ça aurait pu être fait beaucoup plus rapidement. C'était vraiment compliqué avec l'autre centre » (I, PAB, 29). Parfois, la difficulté des transferts inter hospitaliers semble se traduire par des délais au niveau des transports ambulanciers : « Peut-être que s'est mal organisé pour les transports, parce que souvent, c'est très long le temps qu'on attend l'ambulance, malgré que ce soit un STAT » (I, INF, 53), affirme une participante.

La coordination des plateaux techniques. Toujours sur le plan procédural, la coordination des plateaux techniques est un autre élément contraignant la collaboration en contexte de traumatologie selon plusieurs professionnels de la santé. À ce sujet, une participante explique que la coordination des plateaux techniques n'est pas toujours effectuée parfaitement et que cela entraîne des délais : « Si les départements ne se coordonnent pas, donc la banque de sang ne nous a pas rappelé (...), si la radiologie ne répond pas, ce qui peut arriver aussi parfois, donc le scan n'est pas libéré (...). Ça peut être un petit peu contraignant » (I, AIC, 54).

La préparation. La préparation est un élément facilitant. Pour permettre un temps de préparation au personnel hospitalier, il est primordial que les intervenants en préhospitaliers avisent de leur arrivée : « Le préavis qu'on fait au téléphone, c'est pas mal là que ça se joue ! » (I, AMB, 5), affirme l'ambulancier paramédical. À part le préavis, la préparation de la salle de choc est aussi importante selon une participante : « Moi je pense que ça part de là, (...) le fait de toujours être prêt, comme si on pouvait le recevoir n'importe quand » (I, PAB, 119).

Thème 4. L'urgence d'agir

L'acuité du patient. L'acuité du patient semble être un élément affectant la collaboration, au sens où plus le patient est sévèrement blessé ou instable, plus la collaboration devient difficile. Un professionnel affirme : « Oui, mais plus le patient est grave, je pense, plus le niveau de stress va être élevé » (I, AMB, 35). De façon similaire, un autre dit : « (...) l'état du patient. C'est sûr que ça va jouer pour beaucoup » (I, INH, 48).

L'âge du patient. Un élément s'est ajouté lors du groupe de discussion focalisée en ce qui a trait à l'urgence d'agir. Pour la conseillère en soins infirmiers, l'âge influence aussi le

sentiment d'urgence, car elle explique avoir remarqué que : « Les jeunes patients nous stressent plus, sans dire que tu n'as pas d'importance à 90, je crois qu'on est plus frileux, plus nerveux (...), quand c'est quelqu'un d'une vingtaine d'années qui est traumatisé » (G, CSI, 244). Face à ces propos, tous semblent aussi de cet avis.

Les facteurs organisationnels

La quatrième catégorie est les facteurs organisationnels. Cette catégorie d'éléments a été beaucoup moins abordée par les différents professionnels de la santé que les catégories précédentes. Néanmoins, quelques éléments sont ressortis, dont principalement la présence et l'absence de soutien organisationnel ainsi que les priorités organisationnelles (voir tableau VII).

Tableau VII. Les facteurs organisationnels facilitants et contraignants la CIP

Facteurs facilitants	Facteurs contraignants
Le soutien organisationnel (présence vs absence)	
Ressources humaines et matérielles	
Sentiment d'appartenance	Pas de sentiment d'appartenance
Soutien clinique	Pas de soutien clinique
Formations	Aucune formation/simulation
Les priorités organisationnelles	
	La collaboration et la traumatologie, pas des priorités organisationnelles
	Organisation ancrée sur les marqueurs de performance

Thème 1. Le soutien organisationnel (présence vs absence)

Ressources humaines et matérielles. La présence et le nombre de ressources humaines offerts par l'organisation affectent nécessairement la collaboration. Par exemple, un participant se questionne : « C'est quoi le nombre de ressources qu'ils ont à l'hôpital ? Je pense que ça influence aussi la prise en charge » (I, AMB, 7). Au niveau matériel, une autre affirme : « Ça pourrait en avoir une, dans le sens que mon patron (...) devrait m'assurer que j'aie tout ce qu'il me faut pour travailler sécuritairement. Ça ne devrait pas être un souci pour moi » (I, INF, 37).

Sentiment d'appartenance vs pas de sentiment d'appartenance. L'infirmière, lors de son entrevue individuelle, aborde un certain sentiment d'appartenance qui facilite forcément le travail des professionnels de la santé : « Je pense que quand ton établissement te rassure, t'épaule, que tu te sens bien où tu es et que tu te sens bien ancrée, c'est plus facile de travailler » (I, INF, 39). À l'opposé, le médecin mentionne ne pas ressentir la présence de l'organisation au sein de son travail : « Ils sont assez absents pour moi je dirais comme médecin, c'est une idée assez abstraite » (I, MD, 62).

Soutien clinique vs pas de soutien clinique. Le soutien clinique, c'est-à-dire le soutien prodigué aux intervenants face à leur pratique clinique, est un élément facilitant selon une professionnelle, car elle affirme : « On a beaucoup de soutien (...) de la part des cliniciennes, des patrons, des médecins, lors de nouvelles choses en cours de route » (I, INF, 42). Inversement, sur les quarts de soir et nuit, l'absence de soutien clinique semble avoir une influence négative : « On n'a pas de moniteur clinique sur les autres quarts de travail pour soutenir (...) soir-nuit, c'est l'assistante qui fait ça et elle est déjà prise avec sa charge de travail » (I, CSI, 54), raconte une autre participante.

Formations vs aucune formation/simulation. Les formations sont une composante affectant la collaboration, au sens où elles permettent d'améliorer celle-ci dans un contexte différent de la pratique réelle. « Des formations ! C'est sûr que des formations, ça facilite ! » (I, INH, 82), affirme un professionnel. À l'opposé, un autre déclare : « On n'a pas assez de simulation ! » (I, MD, 7). « On n'a pas de formations continues sur l'évolution des partenaires, on n'a pas de formations continues sur la collaboration, ça pourrait être intéressant ! » (I, AMB, 61), mentionne un autre participant.

Thème 2. Les priorités organisationnelles

La collaboration et la traumatologie, pas des priorités organisationnelles. Pour une participante, la CIP ne semble pas une valeur promue au sein de son organisation : « Je ne pense pas que c'est une des valeurs qui est très véhiculée » (I, INF, 62). Parallèlement, lors du groupe de discussion focalisée, deux participantes partagent leurs impressions face à la traumatologie au sein des priorités de leur organisation : « Si la trauma n'est pas une priorité, je pense que ça pourrait ne pas être aidant, donc contraignant pour le développement des compétences des infirmières, médecins, préposés, inhalothérapeute, tout le monde qui intervient, et pour les

différents plateaux techniques » (I, CSI, 46), affirme l'une des participantes. « Moi, quand j'écoute ça, ce que ça m'envoie comme message, c'est que ça peut être une priorité pour nous d'être à jour pour les traumatismes, mais que si ce n'est pas une priorité pour l'organisation, ben on va pas loin » (G, PAB, 371), lui répond une autre.

Organisation ancrée sur les marqueurs de performance. Plusieurs professionnels de la santé mentionnent avoir le sentiment que l'organisation est très centrée sur les marqueurs de performance, c'est-à-dire, les statistiques. Ils ne peuvent dire si cela est vrai, mais affirment tout de même avoir eu souvent cette impression : « On est beaucoup sur des marqueurs de performance (...). Pis une fois que ça s'est respectés, on dirait que le « autour » c'est moins grave ! » (I, AMB, 61), affirme un participant. De son côté, un autre professionnel déclare que : « Mon impression c'est qu'eux autres, c'est les statistiques qui sont importantes. Ils vont juste nous parler quand il y a un problème avec des statistiques ou un problème médiatique, c'est ça qui arrive » (I, MD, 62).

Les facteurs contextuels

Les facteurs contextuels sont ceux ayant été le moins nommés par les différents professionnels de la santé. Par contextuel, il est entendu des facteurs politiques, économiques, culturels, associés au genre, etc. Parmi ceux-ci, les facteurs politiques et économiques sont tous deux ressortis des différentes entrevues comme étant des facteurs ayant une influence négative sur la CIP en traumatologie (voir tableau VIII à la page suivante).

Tableau VIII. Les facteurs contextuels facilitants et contraignants la CIP

Les facteurs facilitants	Les facteurs contraignants
Les aspects politiques	
	Changements dans le système de la santé
	Liens difficiles entre les partenaires
Les aspects économiques	
	Coupure au niveau du personnel
	Coupure au niveau du matériel

Thème 1. Les aspects politiques

Changements dans le système de la santé. Depuis 2014, la réforme du système de la santé au Québec semble avoir une influence sur la pratique des professionnels de la santé. Cette réforme se traduit par l'abolition d'un palier administratif et par l'attribution de l'administration de tout le réseau aux différents Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Pour le centre hospitalier de ces professionnels de la santé, cela signifie la fusion de leur centre avec plusieurs autres établissements du territoire. En effet, à ce sujet, un participant affirme : « (...) les changements administratifs du ministère créent beaucoup d'incertitude » (I, MD, 86). Une autre participante est aussi de cet avis : « Présentement, on est plus dans un moment de questionnements, où les gens ne savent pas trop comment les choses vont s'organiser par rapport au CIUSSS. On la vit cette incertitude-là » (I, INF, 39).

Liens difficiles entre les partenaires. Sur le plan politique, le lien entre les différents partenaires ne semble pas toujours facilitant. Au Québec, le continuum de services en traumatologie a été instauré afin de faciliter les services offerts aux polytraumatisés. Pour les professionnels rencontrés, ce lien entre les différents services ne semble pas optimal, car l'ambulancier paramédical affirme : « Je pense que les liens entre les partenaires ne se font pas assez. Vous n'êtes pas informés de nos changements, quand on arrive, vous ne comprenez pas ce qu'on fait » (I, AMB, 53). Lors du groupe de discussion focalisée, l'ambulancier paramédical donne l'exemple des nouveaux protocoles d'immobilisation d'Urgences-Santé qui sont encore très méconnus des différents centres hospitaliers : « Nos nouveaux protocoles trauma, je pense que ça a fait peur à tout le monde » (G, AMB, 260), affirme-t-il. À cela répond la conseillère en soins infirmiers : « Il y a des choses qui débutent à Urgences-Santé, qui nous influence ? et on n'est pas au courant. On le sait le vendredi et ça débute le lundi » (G, CSI, 258). Celle-ci ajoute aussi : « Je pense que l'arrimage dans le système de la santé, des fois c'est difficile, et ça crée des frictions » (G, CSI, 282).

Thème 2. Les aspects économiques

Coupure au niveau du personnel. Plusieurs professionnels mentionnent ressentir cette coupure au niveau du personnel. « Ils nous *staff* toujours serré. S'ils peuvent en enlever une, ils en enlèvent une » (G, CSI, 304), affirme une participante en faisant référence aux infirmières. L'inhalothérapeute dit aussi : « Le plus bel exemple c'est qu'on a des fardeaux de tâches pour être six inhalothérapeutes, mais plein de fois on est cinq, ils nous coupent » (I, INH, 64). De son côté, le médecin aborde le manque de médecins au sein de son service d'urgence : « On n'a pas assez de médecins, donc ça crée beaucoup de problèmes parce que tout le monde travaille à plus de 100% de maximum légal qu'on voulait faire, donc (...) c'est difficile » (I, MD, 88). Il ajoute : « Je pense aussi que, pour les infirmières, ce n'est pas si différent, quand il faut qu'ils ou qu'elles fassent du temps supplémentaire obligatoire, je pense pas que c'est productif non plus. (...) » (I, MD, 88).

Coupure au niveau du matériel. Les coupures au niveau du matériel se font aussi ressentir chez les professionnels de la santé et influencent indirectement la collaboration en traumatologie. « Par exemple, on avait un beau réchaud à soluté, mais on ne l'a plus, il vaut 10 000\$, et ils ne veulent pas le remplacer » (G, CSI, 304), affirme une participante.

En somme, cinq catégories de facteurs ont émergé : les facteurs individuels, relationnels, procéduraux, organisationnels et contextuels.

Pour faire suite, deux observations directes lors de la prise en charge d'un polytraumatisé ont été menées afin d'obtenir des faits objectifs. Ces faits ont pour but de soutenir ou contredire, s'il y a lieu, les propos des participants à l'étude quant aux différents facteurs influençant la CIP. La section suivante présente les différents facteurs influençant la CIP selon les observations directes.

Les facteurs influençant la CIP selon les observations directes

Afin de mieux comprendre les deux observations effectuées, voici un résumé des notes d'observations.

Le premier cas. Il est 15h07 et le téléphone rouge sonne. Urgences-santé avise l'urgence de l'arrivée imminente d'un patient présentement inconscient suite à une chute d'un escabeau vers 14h15. Le patient serait hypertendu avec un pouls à 130 BPM. À 15h15, le patient arrive et est

installé dans la salle de choc. Sur le plan contextuel, il y a deux autres patients dans la salle. Sur le plan relationnel, dans la salle de choc est présente une infirmière de moins d'un an d'expérience, ainsi qu'un infirmier de plus de 5 ans d'expérience. À son arrivée, le patient est inconscient. L'inhalothérapeute et le médecin sont au chevet tandis que deux préposés aux bénéficiaires installent le patient. Rapidement, le médecin crie lorsqu'il demande ses ordonnances. Il semble très impatient et demande à plusieurs reprises les mêmes ordonnances, puisqu'il veut rapidement intuber ce patient inconscient. L'infirmière peu expérimentée semble aussi stressée et appelle de l'aide à l'intercom : « Infirmières en STAT à la salle de choc ! », car elle nécessite de l'aide. L'autre infirmier lui, reste auprès du patient, afin d'installer une voie veineuse périphérique et d'administrer la médication. Quelques instants plus tard, plusieurs infirmières arrivent. Elles sont au total 5 et elles courent un peu partout. Aucune infirmière ne s'est installée à la prise de notes. De plus, lors de la prise en charge de ce patient, une autre patiente à risque de chute, située à la civière #3, a tenté de se lever seule. Par conséquent, une infirmière, ainsi qu'un préposé aux bénéficiaires, qui était auprès du polytraumatisé, ont dû se diriger vers la patiente de la civière #3 pour l'empêcher de se lever.

Le deuxième cas. Il est 8h30 et le téléphone rouge sonne. Urgences-Santé avise de l'arrivée imminente d'un patient ayant chuté de 4 étages, présentement en arrêt cardio-respiratoire. À 8h32, le patient arrive accompagné des ambulanciers paramédicaux et des pompiers. La réanimation cardiovasculaire est en cours. Le patient est combitubé et une voie intra osseuse est présente sur le tibia gauche. De plus, les membres de sa famille sont installés dans la salle des familles. Sur le plan contextuel, il y a 3 autres patients dans la salle de choc. Sur le plan relationnel, le *trauma team leader* semble bien identifié, car il est le seul à donner des instructions. Deux infirmières sont au patient, tandis qu'une infirmière est à la prise de notes. Deux inhalothérapeutes sont à la tête du patient et le ventilent. Lors d'une intervention, les infirmières avisent constamment l'infirmière aux notes. Le code trauma n'est pas lancé dès l'arrivée du patient, mais seulement lorsque le médecin demande de commencer le protocole de transfusion massive. Dès lors, l'intensiviste et le chirurgien arrivent dans la salle de choc. Au total, il est possible de compter près de 13 intervenants autour du patient et 17 autres qui observent. Il va sans dire qu'il y a beaucoup de bruits. De plus, un problème de communication en lien avec le matériel entre les infirmières est survenu. En effet, une infirmière avait sorti le

kit à drain thoracique sans en aviser les autres. Par conséquent, lorsque le médecin a demandé le matériel, une autre infirmière s'est empressée d'aller en chercher un autre, sans savoir que le matériel était déjà tout près.

Les tableaux IX et X présentent les facteurs facilitants et contraignants ainsi que les exemples de situations observées, et ce, en fonction des catégories de facteurs préétablies précédemment.

Tableau IX. Les facteurs facilitants la CIP selon les observations directes

Catégorie	Thèmes	Exemples de situations observées
Individuel	Infirmière avec expérience	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière d'expérience en salle de choc (O2, 23). - Infirmier avec > 5 ans d'expérience (O1, 18).
Relationnel	Communication efficace	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière avise infirmière aux notes quand intervention effectuée (O2, 27). - Infirmier au patient avise infirmière aux notes lorsque médication administrée (O1, 24).
	Rôles bien assignés	<ul style="list-style-type: none"> - Le <i>trauma team leader</i> est bien identifié et est le seul à donner des ordonnances (O2, 25).
	Bonne écoute	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert de l'info par l'ambulancier paramédical à l'infirmier du triage qui est venu à la salle de choc pour trier dès l'arrivée du patient (O2, 44).
Procédural	Suivi des procédures, bonne coordination des plateaux techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel du scan et de la banque de sang (suite à l'annonce du code trauma) (O2, 47).

Tableau X. Les facteurs contraignants la CIP selon les observations directes

Catégorie	Thèmes	Exemples de situations observées
Individuel	Présence de stress	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin crie (O1, 19). - Infirmières courent partout (O1, 36). - Infirmière appelle à l'intercom pour obtenir de l'aide (O1, 35).
	Infirmière avec peu d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> - Infirmière avec moins d'un an d'expérience en salle de choc (O1, 17).
Relationnel	Répartition des rôles non définie	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'infirmières aux notes (O1, 38).
	Présence de beaucoup de personnes	<ul style="list-style-type: none"> - Près de 35 personnes dans la salle de choc (O2, 6).
	Beaucoup de bruits, communication difficile	<ul style="list-style-type: none"> - Tâche répétée deux fois (sortir matériel) (O2, 52). - Beaucoup de bruits (O2, 50).
Procédural	Code trauma non lancé ou retardé	<ul style="list-style-type: none"> - Code trauma non lancé (O1, 6). - Code trauma lancé seulement lorsque demande de transfusion massive (O2, 46)
	Présence de plusieurs patients dans la salle de choc	<ul style="list-style-type: none"> - Patiente du choc 3 a tenté de se lever seule (O1, 27).
	Présence de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - Assistante-infirmière-chef avise que la conjointe est présente, mais personne ne fait venir celle-ci pour qu'elle discute avec le médecin (O1, 40). - La famille est installée dans la salle des familles pendant la prise en charge (O2, 40).

Les observations lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle de choc ont permis d'identifier, à l'aide de la grille d'observation, plusieurs facteurs influençant la CIP de façon positive et négative. Dès lors, tous ces facteurs concordent avec les propos des différents professionnels de la santé rencontrés, à l'exception d'un, la présence des familles. En effet, la présence des familles aux dires des participants semble un facteur facilitant la CIP. Toutefois, lors de ces deux observations, aucun membre de la famille n'a été inclus ou interpellé. Cette divergence dans les résultats sera d'ailleurs davantage abordée dans le prochain chapitre. De plus, les facteurs contextuels et organisationnels n'ont pas été observés. Ceci est probablement

due au fait que ces facteurs sont d'ordre plus macroscopique, et donc, peu visibles lors de la prise en charge du polytraumatisé en salle de choc.

Enfin, lors du groupe de discussion focalisée, les professionnels de la santé ont été invités à partager leurs propositions d'interventions ou de changements dans la pratique, qui selon eux, permettraient une amélioration de la CIP en traumatologie. La prochaine section présente les résultats.

Les propositions pour améliorer la CIP selon les professionnels de la santé

Lors du groupe de discussion focalisée, plusieurs propositions pour améliorer la CIP ont été nommées par les professionnels de la santé. Le tableau XI ci-dessous présente les différentes propositions et les verbatim qui y sont associés.

Tableau XI. Les propositions pour améliorer la CIP par les professionnels de la santé

Propositions	Verbatim
Pratiques à modifier	
Le code trauma doit être lancé par un autre professionnel que le médecin	« À propos de lancer le code trauma, ça c'est une de mes suggestions les plus importantes, ça ne prend pas un médecin pour lancer un code trauma » (G, MD, 86).
Répartition des rôles et préparation de la salle avant l'arrivée du traumatisé	« La mise en place dans l'attente du polytraumatisé nous donnerait ce temps-là. Donc, c'est vraiment de prendre le temps, 2-3 minutes de sortir les cabarets et de se mettre en place » (G, INF, 311).
Création d'un schéma pour la répartition des rôles	« La création d'un schéma (...). Quand les gens rentrent dans la salle, bien la personne qui est déjà là dit « toi t'es bleu, tu t'en vas là, toi t'es vert, tu t'en vas là », et cette personne-là, elle reste aux pieds avec le schéma et elle regarde si c'est conforme » (G, AMB, 325).
S'assurer de prendre un instant pour écouter le rapport des ambulanciers paramédicaux	« C'est aussi d'arrêter les paramédics qui ont tendance à disperser l'information (...). Donc (...) il faut que le médecin et l'infirmière soient côte à côte et que je le dise une fois (le rapport) » (G, AMB, 352).
Moyens pour améliorer les pratiques	
Mise à niveau en traumatologie	« Je pense que les mises à niveau sont nécessaires sur les 3 quarts, car la conduite à tenir devrait être la même » (I, CSI, 368).
Simulation	« Les simulations, ça te met des images et c'est très réaliste pis ça ne dure pas longtemps » (G, CSI, 346)

Les interventions proposées par les différents professionnels sont principalement en lien avec les facteurs contraignants qu'ils ont identifiés dans leur pratique en traumatologie. Pour ainsi dire, ceux-ci semblent conscients des éléments qu'ils ont à améliorer face à la CIP et le verbalisent lorsqu'il est question de proposer des changements.

Synthèse

Ce chapitre était divisé en cinq sections. La première avait pour but de décrire les participants à l'étude, soit les différents professionnels de la santé impliqués auprès d'un polytraumatisé. Il est effectivement important de bien connaître les différentes caractéristiques des participants à l'étude, afin de mieux contextualiser les résultats.

La deuxième section portait sur la description de la CIP selon les professionnels de la santé. Selon les résultats, la communication et le fait d'avoir un but commun, soit le patient, sont les principaux éléments de la collaboration. Ensuite, avoir un leader serait aussi un élément d'importance. Enfin, connaître son rôle et celui des autres, le respect, l'écoute et avoir une collaboration bidirectionnelle, sont d'autres éléments essentiels à la CIP en traumatologie.

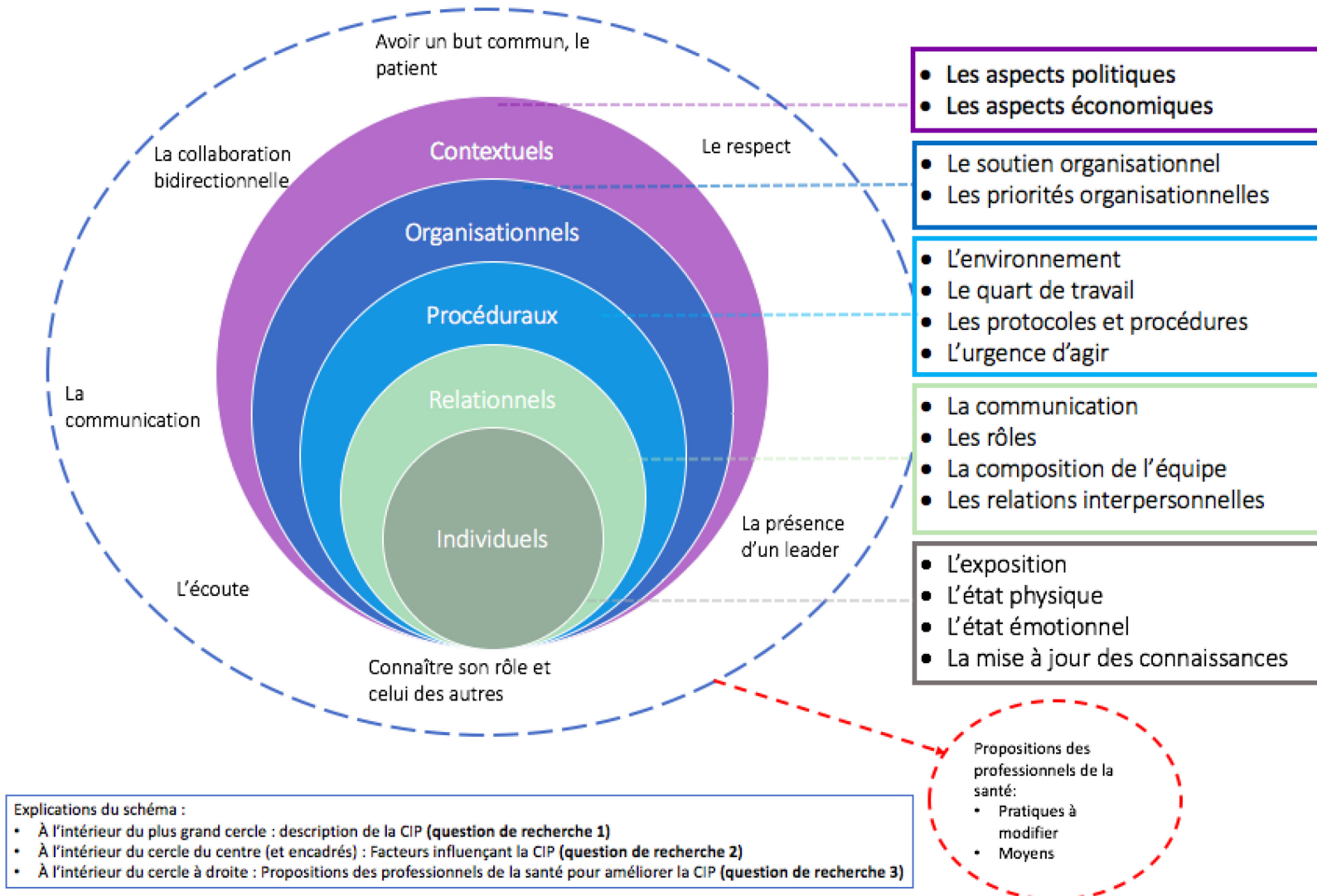
La troisième section portait sur les facteurs facilitants et contraignants la CIP selon les professionnels de la santé. Aux dires des participants, cinq catégories de facteurs ont été identifiées et liées à plusieurs thématiques et sous thématiques. Ceux-ci sont 1) les facteurs individuels, dont l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé, l'état physique, l'état émotionnel et la mise à jour des connaissances ; 2) les facteurs relationnels, soit la communication, les rôles, la composition de l'équipe et les relations interpersonnelles ; 3) les facteurs procéduraux, dont l'environnement, le quart de travail, les protocoles et procédures et l'urgence d'agir ; 4) les facteurs organisationnels, soit le soutien organisationnel et les priorités organisationnelles, et enfin ; 5) les facteurs contextuels, à savoir politique et économique. À plusieurs niveaux, les résultats ont démontré que ces différents facteurs peuvent avoir une influence sur la CIP de façon positive ou négative.

La quatrième section, quant à elle, portait sur l'identification des facteurs facilitants et contraignants la CIP à l'aide de l'observation directe de la prise en charge de deux polytraumatisés. À cet égard, les observations ont permis de soutenir la majorité des propos

tenus par les différents professionnels de la santé, à l'exception des facteurs liés à l'organisation et au contexte qui, à prime à bord, sont plus difficilement observables.

Enfin, la dernière section visait à présenter les propositions des professionnels de la santé quant aux éléments qu'ils aimeraient mettre en place ou modifier, afin d'améliorer la CIP dans leur pratique actuelle en traumatologie. Ainsi, ces propositions sont les suivantes : la possibilité qu'un autre professionnel que le médecin lance le code trauma, l'amélioration de la répartition des rôles et de la préparation de la salle de choc avant l'arrivée du traumatisé, et ce, possiblement à l'aide d'un schéma, l'amélioration de l'écoute lors de l'arrivée des ambulanciers paramédicaux, une mise à niveau des pratiques en traumatologie pour tous les professionnels de la santé, et enfin, l'utilisation de la simulation comme moyen de formation. . La figure 3 à la page suivante présente un schéma synthèse des résultats de cette étude.

Figure 4. Schéma synthèse des résultats de l'étude



DISCUSSION

Dans ce chapitre, la discussion est divisée en trois parties. Tout d'abord, les principaux résultats de cette étude sont discutés en lien avec les écrits recensés. Il est à noter qu'afin d'identifier les nouvelles publications en traumatologie, une seconde recension a été effectuée. Puisqu'aucun nouvel écrit n'a été identifié, et que la littérature sur la CIP en traumatologie est peu abondante, des écrits dans plusieurs autres domaines de soins, dont principalement les soins critiques, ont été recensés afin d'approfondir cette discussion. Ensuite, les implications de cette étude sur les plans théoriques et méthodologiques sont abordées. Enfin, les forces et les limites, ainsi que les retombées en sciences infirmières pour la pratique, la gestion, la recherche et la formation sont exposées.

Discussion des résultats de l'étude en comparaison avec les écrits scientifiques

Description de la CIP selon les professionnels de la santé

Pour les professionnels de la santé rencontrés, la CIP en contexte de traumatologie se décrit comme étant l'ensemble de plusieurs éléments essentiels. Majoritairement, la communication, le fait d'avoir un but commun soit le patient, le fait de connaître son rôle ainsi que celui des autres et le respect sont les thèmes ayant été le plus souvent nommés par les participants de cette étude. Or, les écrits démontrent que peu importe le contexte dans lequel le concept de « collaboration » est analysé, la communication (Bookey-Bassett et al., 2016; Bridges, 2014; Lam, Wong, Ho, Choi et Fung, 2017; Sangaleti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli et Soares, 2017), le partage d'un but commun (Bookey-Bassett et al., 2016; Bridges, 2014; Lam et al., 2017; Petri, 2010; Sangaleti et al., 2017), le fait de connaître les rôles de chacun (Lam et al., 2017; Nancarrow et al., 2013; Sangaleti et al., 2017), et le respect (Dietz et al., 2014; Lam et al., 2017) sont des principes décrivant bien la collaboration. Pour ainsi dire, le contexte de la traumatologie ne fait pas exception.

Néanmoins, très peu d'auteurs semblent avoir étudié précisément la description que font les professionnels de la santé du concept de « collaboration » (Souza, Peduzzi, Silva et Carvalho, 2016; Zamanzadeh, Irajpour, Valizadeh et Shohani, 2014). Une étude recensée en contexte de soins critiques confirme toutefois que le but commun des professionnels de la santé vise principalement à offrir des soins efficaces pour le patient (Zamanzadeh et al., 2014), tel que

l'ont décrit les participants de cette étude.

De son côté, la présence d'un leader apparaît être beaucoup plus spécifique aux soins critiques et à la traumatologie (Courtenay et al., 2013; Fernandez, Kozlowski, Shapiro et Salas, 2008; Khademian et al., 2013), car au sein des autres domaines, tels que les soins de première ligne, les soins en santé mentale, ainsi que dans les milieux impliquant les infirmières praticiennes, il est plutôt question de leadership partagé entre les différents intervenants (Bridges, 2014; Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé, 2010; Lam et al., 2017; Sangaletti et al., 2017). Les écrits recensés sur le concept de leadership en contexte de traumatologie (Ford et al., 2016), tout comme le font les participants de cette étude, mettent beaucoup l'accent sur le leader et non sur la compétence de leadership, qui sont deux choses distinctes (Dubois et Salvail, 2014). Par exemple, en sciences infirmières, la compétence de leadership clinique est omniprésente et ne doit pas être omise (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009; Dubois et Salvail, 2014). En effet, une infirmière qui fait preuve de leadership peut être une infirmière qui pratique avec compétence, qui prodigue des soins exemplaires et réfléchit de façon critique et autonome (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009). Dans la réalité, tous les professionnels impliqués auprès du patient font ainsi acte de leur leadership, et ce, de plusieurs façons (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009). Or, il importe de souligner cette distinction et de remarquer l'accent qui est mis en traumatologie sur l'individu qui est le leader, soit le médecin, lors de la prise en charge du traumatisé comparativement aux autres domaines de soins. À titre d'exemple, dans les soins de première ligne, il est possible et nécessaire de partager le pouvoir de décisions entre les différents intervenants pour offrir de meilleurs services au patient. Lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence, la nuance est qu'il doit absolument y avoir un chef d'orchestre qui coordonne les interventions. Cependant, même si le médecin a le contrôle de la situation, cela ne signifie pas que les autres professionnels impliqués ne démontrent pas leur compétence de leadership.

Pour faire suite, « la collaboration bidirectionnelle » nommée ainsi par les participants de cette étude, ne s'avère pas être un élément de la CIP identifié dans les écrits scientifiques. Toutefois, il est possible de l'expliquer comme étant plutôt l'implication égale de chaque professionnel au sein de la collaboration, élément souvent nommé dans les différents écrits sous forme « d'effort concerté » ou « d'effort de coopération » (Bridges, 2014; Xyrichis et Ream,

2008). Enfin, « l'écoute » n'est également pas identifiée dans les différentes analyses du concept de la collaboration. Par contre, il est possible de voir un lien sous-entendu avec le concept d'écoute, lorsqu'il est question de respect et de communication (Shipley, 2010).

Les résultats de la présente étude confirment alors que le concept de la collaboration en contexte de traumatologie est similaire aux autres contextes de soins, mis à part peut-être lorsqu'il est question de leadership. Cette étude apporte donc de nouveaux éléments à la recherche sur la collaboration en traumatologie, car jusqu'à présent, aucune étude ne s'est attardée à la vision qu'ont les professionnels de la santé quant à la description de la CIP.

Les facteurs individuels influençant la CIP

À l'égard des résultats obtenus, les facteurs individuels ont émergé comme étant le point central de la collaboration, car il va sans dire que sans individu, il n'y a pas d'équipe. Ainsi, pour les participants de cette étude, les facteurs individuels se traduisent par l'exposition à l'intervention auprès d'un polytraumatisé, l'état physique et émotionnel du professionnel impliqué dans l'équipe, ainsi que la mise à jour des connaissances.

Les écrits consultés en contexte de traumatologie corroborent le fait que l'expérience individuelle en traumatologie du professionnel influence la collaboration, ainsi que la performance de l'équipe (Cole et Crichton, 2006; Khademian et al., 2013). Il semblerait que plus le professionnel est expérimenté dans la prise en charge d'un polytraumatisé, plus celui-ci s'engage au cœur de la collaboration, créant conséquemment une hausse de la performance de l'équipe.

L'état physique et émotionnel du professionnel est toutefois peu abordé au sein des écrits en traumatologie, mis à part le fait qu'un *trauma team leader* démontrant beaucoup de stress entraîne un climat souvent peu favorable à la collaboration (Khademian et al., 2013). On retrouve davantage les notions d'état physique et émotionnel individuel dans les écrits en lien avec les facteurs humains dans les soins en santé. En effet, il semblerait que les caractéristiques propres à l'individu, les effets du stress, de la fatigue, ainsi que les risques associés aux distractions assurent que même les professionnels les plus expérimentés sont susceptibles de faire des erreurs et sont beaucoup moins efficaces (Barach et Weinger, 2007; Sexton, Thomas et Helmreich, 2000; Xiao et al., 2013). D'ailleurs, les notions de gestion du stress et de la fatigue, ainsi que la notion d'intelligence émotionnelle (c'est-à-dire la capacité à comprendre et à

maîtriser ses propres émotions de façon à composer avec celles-ci) sont des compétences non-techniques essentielles à la collaboration dans les équipes de soins pouvant affecter la performance de celles-ci (McCallin et Bamford, 2007; Rasmussen et Jeppesen, 2006; Xiao et al., 2013). De plus, l'épuisement émotionnel parfois vécu chez les professionnels de la santé aurait d'ailleurs une influence majeure sur la capacité des professionnels à s'impliquer positivement au sein d'une équipe (Rasmussen et Jeppesen, 2006; Welp, Meier et Manser, 2016).

Enfin, la mise à jour des connaissances pour les participants de cette étude est plutôt axée sur la nécessité que chaque individu s'implique dans son propre développement professionnel, et ce, à travers le temps. En effet, plusieurs écrits affirment que le savoir et les compétences individuelles influencent inévitablement les aptitudes du professionnel à bien collaborer et à s'impliquer dans une équipe (Khademian et al., 2013; Leggat, 2007; Lin, Chaboyer et Wallis, 2009).

Les facteurs relationnels influençant la CIP

Le fondement de la collaboration apparaît comme étant l'interaction entre plusieurs individus. C'est d'ailleurs à ce niveau que les participants de cette étude ont eu beaucoup à dire.

Les résultats démontrent que plusieurs facteurs en lien avec les relations, tels que la communication, les rôles, la composition de l'équipe et les relations interpersonnelles, ont tous une influence considérable sur la CIP en contexte de traumatologie.

La communication est unanimement un élément primordial de la collaboration pour tous les professionnels rencontrés. Plusieurs auteurs en traumatologie affirment notamment qu'une bonne communication, c'est-à-dire une communication claire et précise où l'écoute est mise de l'avant, est fondamentale pour le succès d'une équipe de soins (Cole et Crichton, 2006; Hjortdahl et al., 2009; Raley et al., 2016; Westli, Johnsen, Eid, Rasten et Brattebø, 2010), et tout autant pour le transfert d'information de l'équipe préhospitalière dès leur arrivée à l'urgence (Wood, Crouch, Rowland et Pope, 2015). Comme l'ont mentionné les participants de cette étude, l'utilisation de techniques de communication en contexte de traumatologie est cruciale, afin d'éviter les erreurs. En effet, la technique de communication en boucle fermée (*closed-loop communication*), incluant la communication de ce qui est fait (*call-out*) et la vérification de ce qui est demandé (*check-back*), a démontré avoir une influence sur la communication et la

performance des équipes de soins (Cole et Crichton, 2006; El-Shafy et al., 2018; Härgestam, Lindkvist, Brulin, Jacobsson et Hultin, 2013; Jung et al., 2018; Raley et al., 2016). De plus, le débriefage est une autre stratégie influençant la collaboration pour les professionnels de cette étude. Or, les écrits démontrent que le débriefage est le moment de prédilection pour le partage du savoir et le développement de l'esprit d'équipe et qu'il aurait, aussi, une influence favorable sur la pratique clinique (Copeland et Liska, 2016; Couper, Salman, Soar, Finn et Perkins, 2013; Steinemann, Bhatt, et al., 2016).

Les rôles dans l'équipe est un autre facteur influençant la CIP en contexte de traumatologie pour les professionnels de la santé rencontrés, puisqu'il s'avère important, dans la prise en charge du polytraumatisé, de bien répartir les rôles, de les connaître et même, d'avoir la capacité de les garder dans le feu de l'action. En effet, les écrits en traumatologie, et dans tous les contextes de soins confondus, mettent l'accent sur ces principes lorsqu'il est question de collaborer (Cole et Crichton, 2006; Khademian et al., 2013; MacDonald et al., 2010; O'Reilly et al., 2017; Raley et al., 2016; Westli et al., 2010).

D'un autre point de vue, la traumatologie se différencie des autres contextes lorsqu'il est question de leadership. En effet, les participants sont d'avis que la présence d'un leader médical et d'un leader infirmier est essentielle à la cohésion de l'équipe. À ce sujet, plusieurs auteurs confirment que la présence d'un leader efficace, tant sur le plan médical qu'infirmier, est associée à une meilleure collaboration au sein de l'équipe (Clements, Curtis, Horvat et Shaban, 2015; Ford et al., 2016; Khademian et al., 2013). L'expérience et l'attitude du leader affectent d'ailleurs directement la prise en charge du polytraumatisé et l'ambiance de travail entre les différents professionnels impliqués (Ford et al., 2016).

La composition de l'équipe est un autre élément des résultats de cette étude. Par exemple, pour ce milieu clinique, la collaboration entre les différents médecins se décrit comme étant souvent ardue, au sens où les médecins prennent simultanément le rôle du leader, entraînant ainsi une confusion pour les autres professionnels de la santé. De cette façon, les autres professionnels impliqués sont d'avis que la prise en charge d'un polytraumatisé se déroule beaucoup mieux lorsqu'un seul médecin est présent. En effet, Cole et Crichton (2006), confirment que des conflits entre le corps médical existent et entraînent souvent un climat tendu. Par ailleurs, Sarcevic et al. (2011) identifient cette structure de leadership, où deux médecins agissent indépendamment l'un de l'autre, comme étant la plus néfaste pour une équipe. D'un

autre point de vue, les participants à l'étude ont abordé la notion de stabilité des membres dans l'équipe. À ce sujet, les écrits relatent que la composition stable ou changeante des professionnels impliqués au sein de l'équipe affecte la collaboration (Kendall-Gallagher et al., 2017; Xiao et al., 2013). En effet, le contexte particulier des soins d'urgence entraîne cette rotation et ces changements dans la composition des équipes de soins (Xiao et al., 2013). Il se peut donc que, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé, aucun professionnel présent n'ait travaillé ensemble antérieurement. Enfin, les professionnels ont aussi abordé l'intégration de nouveau professionnel dans l'équipe de soins comme étant un facteur influençant la collaboration, surtout sur le plan des soins infirmiers. Aucun écrit n'a été recensé sur ce sujet, car ce que les participants identifient sous le vocable de nouvelles infirmières, ce sont des infirmières novices pour la salle de choc, mais ne sont pas à proprement dit de « nouvelles infirmières ». Toutefois, les écrits sur les infirmières nouvellement graduées appuient en tous points les propos des participants quant à l'importance et l'influence positive de l'encadrement et du soutien de l'équipe lors de l'intégration de nouvelles infirmières (Pfaff, Baxter, Jack et Ploeg, 2014).

Aussi, pour les professionnels de la santé rencontrés, la collaboration se base sur les bonnes relations interpersonnelles entre les individus, se traduisant principalement par le respect, l'entraide et la confiance. Une fois de plus, les écrits confirment que ces éléments influencent la dynamique d'une équipe et la satisfaction au travail (Kendall-Gallagher et al., 2017; Khademian et al., 2013; Lee et Doran, 2017; Raley et al., 2016; Westli et al., 2010). Toutefois, dans les écrits recensés, les conflits en traumatologie ne semblent pas avoir été étudiés. Or, dans tous les contextes de soins confondus, il appert que les conflits interpersonnels affectent fortement la collaboration et qu'ils auraient de multiples conséquences, principalement sur les soins administrés au patient (Bochatay et al., 2017; Patton, 2014). Il semble aussi que la gestion des conflits serait notamment un facteur facilitant la collaboration (Patton, 2014; Santos, Lima, Pestana, Colomé et Erdmann, 2016).

Les résultats de cette étude divergent en effet des écrits, car les professionnels rencontrés sont d'avis que les conflits interpersonnels n'ont aucun impact sur la collaboration en situation d'urgence, comme la prise en charge d'un polytraumatisé. De ce fait, cette différence entre les résultats s'explique probablement par le sentiment d'urgence des professionnels à sauver la vie du patient. Toutefois, il est à noter que les participants n'abordent pas l'impact des conflits

interpersonnels dans leur pratique clinique au quotidien, ce qui pourrait être différent du contexte de la prise en charge d'un polytraumatisé.

Les facteurs procéduraux influençant la CIP

Les propos des professionnels de la santé de cette étude supposent que plusieurs facteurs procéduraux influencent la CIP en traumatologie, soit l'environnement, le quart de travail, les protocoles et procédures, ainsi que l'urgence d'agir.

L'environnement se traduit, pour les participants de cette étude, par des lieux physiques adéquats et l'accessibilité à du matériel conforme. En effet, plusieurs auteurs affirment que ces éléments ont une influence sur le travail d'équipe, mais aussi sur la fluidité de la prise en charge du patient (Blocker et al., 2013; Gharaveis, Hamilton et Pati, 2017; Khademian et al., 2013; Pati, Harvey et Pati, 2014). Le matériel souvent hors de la portée des infirmières de ce milieu n'est qu'un exemple parmi tant d'autres démontrant une perturbation dans la continuité des soins.

Dans un autre ordre d'idées, les données d'observation ont permis d'objectiver la présence d'une trentaine de personnes lors de la prise en charge d'un polytraumatisé, ainsi qu'une salle de choc très bruyante. En effet, le bruit et le nombre de professionnels et de patients présents dans la salle de choc sont tout autant de facteurs ayant une influence sur le travail d'équipe et sur l'efficacité de la communication (Cole et Crichton, 2006; Wood et al., 2015). Comme l'ont mentionné les participants de l'étude, il y a aussi la présence des familles à considérer. Néanmoins, celle-ci reste plutôt ambiguë, puisque lors des observations, aucune famille n'a été invitée à assister à la prise en charge de leur proche. En effet, Twibell, Siela, Riwtis, Neal et Waters (2018) affirment qu'il existe, au sein des professionnels de la santé, deux courants de pensée, soit que la présence des familles pourrait diminuer l'efficacité de l'équipe en leur créant une distraction, ou que leur présence est tout à fait bénéfique pour elle et qu'elle leur permet de voir tout ce qui est accompli afin de sauver la vie de leur proche. Ainsi, cette contradiction dans les résultats provient possiblement du fait que les professionnels qui ont été observés n'étaient pas les mêmes que les participants des entrevues individuelles et du groupe de discussion. Néanmoins, à ce sujet, l'étude de Leske, McAndrew et Brasel (2013) a démontré que les familles se sentaient rassurées de pouvoir être présentes lors de la prise en charge du patient traumatisé. Par contre, comme l'ont exprimé les participants de l'étude, la présence d'un

professionnel de la santé auprès de la famille, afin de la soutenir, est toutefois nécessaire (Twibell et al., 2018).

Un autre facteur identifié qui aurait une influence sur la pratique en traumatologie de l'équipe de soins de l'urgence est le quart de travail. Cependant, les écrits ne font pas précisément mention de cet élément comme facteur influençant la collaboration. Les participants de cette étude le mentionnent comme étant un facteur en raison des différences qui subsistent entre les quarts de travail au niveau de l'expérience des professionnels présents et du nombre de ressources disponibles. En effet, les quarts de soir et de nuit auraient un niveau d'expertise, surtout pour les infirmières, plus limité, et un nombre inférieur d'intervenants en comparaison avec le quart de jour. Pour ces raisons, le quart de travail serait un facteur influençant la CIP pour les professionnels de ce milieu clinique.

Les protocoles et procédures sont aussi des éléments influençant la collaboration. Il semble que le fait de structurer la pratique serait un bon moyen pour soutenir le travail d'équipe et le transfert d'information (Weller, Boyd et Cumin, 2014; Wood et al., 2015), tandis que le fait de ne pas suivre les protocoles et procédures aurait plutôt l'effet inverse, et augmenterait le stress des professionnels de la santé (Khademian et al., 2013). De plus, la préparation de l'espace physique et de l'équipe serait un facteur facilitant le travail d'équipe en traumatologie (Khademian et al., 2013). Toujours sur le plan des facteurs procéduraux, les transferts inter hospitaliers auraient eux aussi leur lot d'influence sur la performance de l'équipe de soins. Certes, le transfert d'un patient vers un centre surspécialisé en traumatologie nécessite une coordination et une communication impeccables de toutes les parties prenantes dans l'optique d'offrir des soins sécuritaires et de qualité (Rokos, Sanddal, Pancioli, Wolff et Gaieski, 2010; Sethi et Subramanian, 2014). De plus, la coordination interne des différents plateaux techniques est aussi un facteur plutôt contraignant aux dires des participants de cette étude. Sur ce point, Fisher, Weyant, Sterrett, Ambrose et Apfel (2017) évoquent que les processus ne sont pas toujours efficaces en raison de l'implication simultanée de plusieurs services et du changement constant dans les processus de soins. Ainsi, ils mentionnent qu'il est primordial que tous les services soient sur la « même longueur d'onde » (Fisher et al., 2017). À ce sujet, l'étude de Mace-Vadjunec et al. (2015) relate l'effet de silo dans la collaboration entre les différents acteurs du système de traumatologie, ce qu'affirment aussi les participants de cette étude. Selon

ces auteurs, les professionnels n'administrant pas de soins directs au patient se sentiraient moins impliqués et auraient tendance à moins bien collaborer (Mace-Vadjunec et al., 2015).

Enfin, le sentiment d'urgence serait un autre facteur influençant la CIP en traumatologie. Plus particulièrement, l'acuité du patient affecterait fortement l'équipe de soins. Selon Cole et Crichton (2006), il semblerait même que plus le patient est instable, plus la collaboration se décrit comme étant chaotique. Toutefois, l'âge du patient en traumatologie ne semble pas être cité au sein des écrits scientifiques en traumatologie comme ayant une influence, mais se retrouve plutôt dans les écrits en contexte de réanimation cardiovasculaire. Plus particulièrement, on y mentionne que l'âge du patient est un facteur influençant la prise de décision pour l'arrêt des manœuvres de réanimation (Frost, Cook, Heyland et Fowler, 2011). Or, comparativement à l'avis des professionnels de la santé rencontrés, au sein des écrits recensés, rien ne porte à croire que le comportement des professionnels diffère selon l'âge du patient.

Les facteurs organisationnels influençant la CIP

Les facteurs organisationnels ont été beaucoup moins rapportés par les participants de cette étude. Cela s'explique peut-être par le fait que les participants sont des intervenants qui agissent sur le terrain et que ceux-ci ne réalisent possiblement pas les aspects organisationnels qui influencent leur pratique. Néanmoins, lorsqu'ils ont été questionnés sur le sujet, les participants ont tout de même identifié le soutien, ainsi que les priorités de l'organisation, comme étant des facteurs influençant la collaboration des équipes en traumatologie.

Plus particulièrement, les participants sont d'avis que le soutien de l'organisation se traduit par de multiples éléments dont principalement, les ressources humaines et matérielles, le soutien clinique, la formation et le sentiment d'appartenance. Sur le plan organisationnel, les écrits en traumatologie (Khademian et al., 2013) et en soins critiques (Kendall-Gallagher et al., 2017) témoignent de l'importance des ressources humaines et matérielles pour le travail des équipes de soins. Or, en traumatologie, aucun autre facteur organisationnel ne semble avoir été identifié dans les écrits. Cependant, pour plusieurs autres auteurs en soins critiques, le soutien clinique et la formation interprofessionnelle sont deux autres éléments favorisant la collaboration (Fisher et al., 2017; Goldman, Kitto et Reeves, 2017; Weller et al., 2014), ce qui témoigne de la volonté de l'organisation de soutenir les équipes de soins.

Aussi, les éléments reliés aux perceptions des professionnels quant aux priorités de l'organisation semblent affecter la collaboration. Plus précisément, la perception des participants sur le fait que la collaboration et la traumatologie ne sont pas des priorités influence négativement les équipes de ce milieu clinique. À ce sujet, San Martín-Rodríguez et al. (2005) affirment que tous les milieux de soins requièrent un cadre organisationnel favorisant la collaboration dans lequel on retrouve une structure et une culture soutenant cette pratique. Une culture organisationnelle favorisant la collaboration est une organisation mettant de l'avant l'importance de cette pratique et définissant clairement ses attentes face à celle-ci (San Martín-Rodríguez et al., 2005). De plus, les participants ont aussi partagé leurs impressions quant au fait que l'organisation est fortement centrée sur les marqueurs de performance. Cela s'explique possiblement par le fait que l'organisation doit mesurer les processus et les résultats en traumatologie. En effet, beaucoup d'études se concentrent sur la mesure de la performance de l'équipe, car sans mesure, il est impossible de savoir si l'on s'améliore (Barach et Weinger, 2007; Georgiou et Lockey, 2010; Lubbert, Kaasschieter, Hoorntje et Leenen, 2009). Pour ainsi dire, la perception des participants n'est pas fausse, mais la raison derrière cela pourrait être la volonté de l'organisation de soutenir une pratique d'amélioration continue de la qualité des soins. Malgré tout, il apparaît que cette perception affecte négativement la collaboration pour ces professionnels de la santé.

Les facteurs contextuels influençant la CIP

L'influence des facteurs contextuels a été peu relatée par les participants de l'étude et ne semble pas non plus documentée dans les écrits scientifiques en traumatologie. Cela s'explique possiblement par le fait que les participants étant directement impliqués auprès de la clientèle ne réalisent pas, ou bien ne priorisent pas nécessairement, les aspects contextuels qui influencent leur pratique.

Malgré cela, les facteurs contextuels prédominants pour les participants de cette étude sont les aspects politiques et économiques. En effet, ces professionnels de la santé sont d'avis que les changements dans le système de la santé actuel, créant ainsi des restrictions budgétaires importantes, influencent leur pratique de collaboration en traumatologie, puisque des coupures, tant sur le plan humain que matériel, se font ressentir. En contexte de traumatologie, aucun écrit n'aborde ce type de facteur. Dans d'autres contextes de soins, tels que les soins intensifs

(Kendall-Gallagher et al., 2017) et les soins de premières lignes (O'Reilly et al., 2017), les aspects politiques et économiques ont aussi été identifiés comme étant des facteurs influençant la collaboration. O'Reilly et al. (2017) soulignent d'ailleurs que les ressources financières sont extrêmement significatives lorsqu'il est question de collaboration, car elles déterminent la composition de l'équipe, les opportunités de formation, les systèmes de communication et même, l'espace physique disponible. De ce fait, la présente étude apporte de nouveaux savoirs quant aux facteurs contextuels influençant la CIP en traumatologie.

Les propositions pour améliorer la CIP selon les professionnels de la santé

Les différentes propositions pour améliorer la CIP qui ont émané des participants de cette étude corroborent majoritairement les interventions proposées dans les écrits (Amiel et al., 2016; Gjerra, 2014; Weller et al., 2014). Les participants réalisent d'ores et déjà les lacunes qu'ils vivent au quotidien dans leur pratique clinique en traumatologie. Ils ont d'ailleurs suggéré deux catégories de propositions : les modifications à apporter dans leur pratique et les moyens pour améliorer leur pratique. Les propositions, telles que le fait que le code trauma soit lancé par un autre professionnel que le médecin, la répartition des rôles ainsi que la préparation de la salle de choc avant l'arrivée du patient et le fait de prendre le temps d'écouter le rapport des ambulanciers paramédicaux, font partie des pratiques à améliorer et apparaissent comme étant plutôt spécifiques à ce milieu clinique. Pour les moyens, les propositions des participants sont comparables avec la revue de la littérature de Buljac-Samardzic, Dekker-van Doorn, van Wijngaarden et van Wijk (2010) qui relate que les interventions visant l'amélioration de la performance des équipes se traduisent principalement par la formation interprofessionnelle, la simulation, les outils et les interventions organisationnelles (par exemple : les changements dans les processus).

En somme, les résultats de cette étude permettent de corroborer certaines connaissances provenant des écrits scientifiques, dont principalement celles issues des facteurs individuels, relationnels et procéduraux. De plus, ils amènent un regard nouveau quant à la description de la CIP selon les professionnels de la santé et confirment que ce concept en contexte de traumatologie est comparable aux autres contextes de soins, à l'exception de la compétence de leadership. Aussi, cette étude génère de nouveaux résultats quant aux facteurs organisationnels et contextuels influençant la collaboration en contexte de traumatologie. En effet, cette étude en

traumatologie serait la première au sein des écrits recensés à aborder les facteurs de la collaboration reliés aux aspects contextuels.

Contributions théoriques et méthodologiques de l'étude

D'un point de vue théorique, cette étude a contribué à l'application du modèle conceptuel de Reeves, Zwarenstein, et al. (2010) dans la pratique des professionnels de la santé en contexte de traumatologie. L'utilisation de ce cadre conceptuel est novatrice, car à ce jour, aucun autre écrit en traumatologie n'a été repéré s'étant appuyé sur celui-ci. Ce cadre de référence aura notamment permis une collecte de données approfondie et une présentation structurée des résultats selon les quatre catégories de facteurs, soit relationnels, procéduraux, organisationnels et contextuels. Or, cette étude aura aussi permis d'identifier une cinquième catégorie de facteurs influençant la CIP : les facteurs individuels. En effet, tel que le démontre les résultats, chaque professionnel impliqué au sein de cette collaboration influence celle-ci par ses propres expériences, compétences, ainsi que sa disposition physique et émotionnel. De ce fait, cette étude contribue, sur le plan théorique, au développement et à l'applicabilité de ce modèle conceptuel en contexte de traumatologie.

De plus, afin d'illustrer les résultats de cette étude, la figure 3 à la page 38 illustre bien les facteurs de la collaboration en contexte de traumatologie, débutant par les facteurs plus microscopiques, soit plus près des professionnels de la santé, puis allant jusqu'aux facteurs plus macroscopiques, tels que les facteurs contextuels. Ainsi, il est possible de voir un lien avec le modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979) qui propose concrètement d'étudier les situations à l'aide d'un cadre dans lequel six niveaux de systèmes interagissent entre eux, allant de l'onto-système, relatif aux caractéristiques propres d'un individu, jusqu'au macro-système représentant le contexte plus large qui influence l'ensemble des autres systèmes. Cette schématisation propose ainsi de voir d'un nouvel angle le cadre de référence de Reeves, Zwarenstein, et al. (2010) et contribue à mieux comprendre la complémentarité et le lien qui existe entre les différentes catégories de facteurs. Il apporte aussi une compréhension de la raison selon laquelle les facteurs organisationnels et contextuels ont été peu abordés par les participants de cette étude. En effet, le schéma de la figure 3 fait apparaître la distance entre les individus qui se retrouvent au centre de la collaboration, et les aspects plus organisationnels et contextuels, qui se situent à l'extrémité de ce schéma.

Sur le plan méthodologique, l'utilisation de l'observation comme moyen de collecte de données, afin de comparer les propos des professionnels et la réalité, est novatrice. L'observation est souvent utilisée en contexte de traumatologie, afin d'évaluer la performance des équipes, mais très peu dans l'optique d'identifier les facteurs influençant un phénomène. À ce sujet, l'utilisation de l'observation comporte d'ailleurs plusieurs bénéfices, dont le fait que les données sur l'environnement et les comportements humains peuvent être identifiés directement par le chercheur et mettre en lumière des éléments qui, de prime abord, pourraient passer inaperçus pour les professionnels de la santé au cœur de l'action (Foster, 2006; Mills, Durepos et Wiebe, 2010). De plus, la triangulation des méthodes de collecte des données permet la comparaison des données obtenues de plusieurs sources, et renforce principalement la crédibilité des résultats de l'étude (Foster, 2006; Mills et al., 2010).

Forces et limites de l'étude

Une première force de cette étude demeure dans le choix du cadre de référence qui, à ce jour, est encore peu utilisé. Ce cadre de référence aura été initialement retenu pour sa concordance factuelle avec les soins critiques. Celui-ci aura d'ailleurs inspiré, sur le plan méthodologique, tant la collecte de données, l'analyse des données, que l'interprétation des résultats. Pour ainsi dire, la limite associée à l'utilisation de ce cadre est qu'il aura possiblement occasionné un encadrement trop rigide.

Une seconde force réside dans l'échantillonnage très hétérogène, de par la pluridisciplinarité obtenue pour cette étude. Par ailleurs, la participation de l'ambulancier paramédical, de l'inhalothérapeute et de la préposée aux bénéficiaires semble unique au sein des études recensées. Toutefois, une limite de l'échantillonnage est le peu de représentativité de chaque profession. En effet, l'ambulancier paramédical, l'inhalothérapeute, le médecin et la préposée aux bénéficiaires ont tous été représentés par un seul individu. Ceci est une limite, puisqu'il n'est pas impossible que les propos d'un individu seul ne relatent pas la façon de penser de plusieurs personnes faisant partie d'une même profession. Néanmoins, l'objectif de cette étude n'était pas de comparer les propos d'une profession à l'autre, mais bien d'obtenir un ensemble de données provenant d'une équipe de soins en traumatologie. Ainsi, il demeure que, malgré la petite taille de l'échantillon, ce dernier représente bien une équipe habituelle en traumatologie dans un service d'urgence. De plus, la description détaillée des professionnels

impliqués dans cette étude permet la transférabilité des résultats. De surcroît, l'absence de deux participants lors du groupe de discussion focalisée, en raison de leur indisponibilité, est une autre limite de cette étude. En effet, malgré l'obtention de leurs commentaires de façon individuelle, ces deux participants n'ont pu apporter leur contribution au groupe de discussion focalisée. Enfin, l'inclusion d'un questionnaire au sein de cette étude aurait permis d'avoir une vision plus macroscopique de ce contexte de soins et d'enrichir les données quant aux facteurs organisationnels et même, contextuels.

Une troisième force de cette étude se retrouve sur le plan méthodologique, soit par l'utilisation de plusieurs méthodes de collectes de données : l'entrevue individuelle, le groupe de discussion focalisée et l'observation directe. D'ailleurs, la validation des résultats lors du groupe de discussion focalisée aura permis de s'assurer que l'interprétation qu'en a faite l'étudiante-chercheuse corresponde bien aux propos tenus par les participants.

Enfin, il est à noter que l'étudiante-chercheuse est elle-même infirmière d'une équipe de soins à l'urgence. Ainsi, sa propre expérience de collaboration au sein d'une équipe de soins en traumatologie aura peut-être teinté son interprétation des résultats. Néanmoins, il importe d'en être consciente, mais le paradigme constructiviste soutient tout de même qu'un phénomène ne peut être séparé de ce qui relève du sujet connaissant, c'est-à-dire le chercheur (Guba et Lincoln, 1989).

Retombées de l'étude

Les retombées pour la pratique

Les résultats de cette étude méritent d'être connus des différents professionnels de la santé, afin de les conscientiser aux multiples facteurs qui influencent leur collaboration et, par conséquent, leur pratique en traumatologie. En effet, les résultats démontrent que l'influence multifactorielle est omniprésente au sein de la collaboration en traumatologie et affecte de toute part les professionnels de la santé. Ainsi, les professionnels réaliseront peut-être davantage ce qui se passe autour d'eux et voudront possiblement contribuer plus facilement à l'amélioration de leur pratique. Or, ces résultats issus de l'expérience de plusieurs professionnels de la santé provenant de différentes disciplines, relatent la réalité « terrain » des soins en traumatologie et s'avère un bon départ pour la mise en place d'interventions adaptées pour ces professionnels et

ce contexte de soins spécifique. Les propositions d'intervention des participants de cette étude sont notamment un bon point de repère pour l'amélioration des pratiques.

D'un point de vue disciplinaire, les résultats de cette étude devraient permettre d'enrichir la pratique clinique des infirmières de soins d'urgence faisant partie intégrante des équipes de soins en traumatologie. En effet, les infirmières doivent conjuguer jour après jour leur pratique avec les équipes interprofessionnelles, il s'avère donc essentiel que celles-ci comprennent les facteurs qui influencent leur pratique collaborative et qu'elles possèdent les compétences pour être de bonnes collaboratrices. Par conséquent, la qualité des soins et des services administrés à la clientèle polytraumatisée, ainsi que la satisfaction au travail des infirmières et autres professionnels de la santé se verront possiblement rehaussées.

Les retombées pour la recherche

Cette étude a permis l'acquisition de nouvelles connaissances quant aux facteurs influençant la CIP en contexte de traumatologie, sujet jusqu'alors peu étudié. De par son petit échantillon créant une non-représentativité des disciplines professionnelles, il serait souhaitable d'élargir cette étude, entre autres en la poursuivant dans différents centres de traumatologie, et auprès de plusieurs professionnels de la santé de chaque discipline. Il serait aussi intéressant d'explorer si une différence existe entre les milieux de soins secondaires et tertiaires en traumatologie. Or, cette étude apparaît être le fondement de futures recherches visant une meilleure compréhension du phénomène de la collaboration, mais aussi le point de départ du développement d'une intervention visant la consolidation des pratiques collaboratives des professionnels de la santé travaillant à l'urgence lors de la prise en charge d'un polytraumatisé.

Les retombées pour la gestion

Du point de vue des gestionnaires, les résultats de cette étude permettront de reconnaître les bonnes pratiques, ainsi que les lacunes identifiées par les participants sur le plan organisationnel. De prime abord, le soutien de l'organisation et le maintien d'une culture de « collaboration » semblent primordiaux du point de vue des participants de cette étude. En effet, les gestionnaires sont des acteurs clés quant au renforcement des bonnes pratiques, mais aussi comme vecteur de changements. De ce fait, il serait pertinent pour les gestionnaires de prendre

connaissance des résultats de cette étude, afin de les considérer dans leurs différentes prises de décisions, dans l'optique de promouvoir et de faciliter la CIP dans leur milieu clinique.

Les retombées pour la formation

Sur le plan de la formation, cette étude met l'accent sur l'importance de la collaboration entre les différents professionnels, mais surtout sur la complexité de ce phénomène incontournable dans tous les domaines de la santé confondus. Les programmes d'études en sciences infirmières, et dans plusieurs autres disciplines en santé, comprennent désormais un curriculum sur la CIP. Ces cours permettent ainsi aux étudiants, issus de disciplines différentes, de prendre contact avec d'autres professionnels de la santé et de connaître davantage le rôle de chacun, avant même leur arrivée en milieu clinique. Cette étude permet dès lors de soutenir la pertinence des programmes de formation initiale incluant des cours sur la CIP dans leur parcours académique, mais permet aussi d'apporter une réflexion sur le contenu et la fréquence de ceux-ci.

Bibliographie

- Ajeigbe, D., McNeese Smith, D., Leach, L. et Phillips, L. (2013). Nurse-physician teamwork in the emergency department: impact on perceptions of job environment, autonomy, and control over practice. *The Journal of nursing administration*, 43(3), 142-148. doi: 10.1097/NNA.0b013e318283dc23
- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R. et Williams, B. (2014). Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2968-2979. doi: 10.1111/jocn.12547
- American College of Surgeons Committee on Trauma (2013). *Advanced Trauma Life Support for Doctors : student course manual*. (9^e éd.). Chicago: American College of Surgeons.
- Amiel, I., Simon, D., Merin, O. et Ziv, A. (2016). Mobile in Situ Simulation as a Tool for Evaluation and Improvement of Trauma Treatment in the Emergency Department. *Journal of Surgical Education*, 73(1), 121-128. doi: 10.1016/j.jsurg.2015.08.013
- Arksey, H., Snape, C. et Watt, I. (2007). Roles and expectations of a primary care team. *Journal of Interprofessional Care*, 21(2), 217-219. doi: 10.1080/13561820601076867
- Asmar, K. M. et Wacheux, F. (2007). *Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire*. Communication présentée Conférence internationale en management, Beyrouth, Liban. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Le leadership de la profession infirmière*. Ottawa, Canada.
- Baker, S. P., O'Neil, B., Haddon, W. et Long, W. (1974). The injury score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *The Journal of Trauma*, 14(3), 187-196.
- Barach, P. et Weinger, M. B. (2007). Trauma team performance. Dans W. C. Wilson, G. C.M. & D. B. Hoyt (dir.), *Trauma: Emergency Resuscitation, Perioperative Anesthesia, Surgical Management* (Vol. 1, p. 101-111). Florida: CRC Press.
- Barsotti, J. (2010). Le polytraumatisé (approche pratique). Dans J. Cancel, C. Robert, V. Martinel, A. Cernier, É. Gaisne & P. Lermusiaux (dir.), *Guide pratique de traumatologie* (6^e éd., p. 306-309). Paris: Elsevier Masson.

- Bergs, E. A. G., Rutten, F. L. P. A., Tadros, T., Krijnen, P. et Schipper, I. B. (2005). Communication during trauma resuscitation: do we know what is happening? *Injury*, 36(8), 905-911. doi: 10.1016/j.injury.2004.12.047
- Blocker, R. C., Shouhed, D., Gangi, A., Ley, E., Blaha, J., Gewertz, B. L., . . . Catchpole, K. R. (2013). Barriers to Trauma Patient Care Associated with CT Scanning. *Journal of the American College of Surgeons*, 217(1), 135-141. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2013.03.020
- Bochatay, N., Bajwa, N. M., Cullati, S., Muller-Juge, V., Blondon, K. S., Junod Perron, N., . . . Nendaz, M. R. (2017). A Multilevel Analysis of Professional Conflicts in Health Care Teams: Insight for Future Training. *Academic Medicine*, 92(11S), S84-S92. doi: 10.1097/acm.0000000000001912
- Bookey-Bassett, S., Markle-Reid, M., McKey, C. A. et Akhtar-Danesh, N. (2016). Understanding interprofessional collaboration in the context of chronic disease management for older adults living in communities: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1-14. doi: 10.1111/jan.13162
- Bouillon, B. (2014). Prehospital trauma care. Dans H.-J. Oestern, O. Trentz & S. Uranues (dir.), *Trauma care systems*. New Delhi, India: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Bridges, S. (2014). Exploration of the concept of collaboration within the context of nurse practitioner-physician collaborative practice. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(7), 402-410. doi: 10.1002/2327-6924.12043
- Briggs, A., Raja, A. S., Joyce, M. F., Yule, S. J., Jiang, W., Lipsitz, S. R. et Havens, J. M. (2015). The Role of Nontechnical Skills in Simulated Trauma Resuscitation. *Journal of Surgical Education*, 72(4), 732-739. doi: 10.1016/j.jsurg.2015.01.020
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiment by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Buljac-Samardzic, M., Dekker-van Doorn, C. M., van Wijngaarden, J. D. H. et van Wijk, K. P. (2010). Interventions to improve team effectiveness: A systematic review. *Health Policy*, 94(3), 183-195. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.015
- Butcher, N. et Balogh, Z. (2012). AIS>2 in at least two body regions: A potential new anatomical definition of polytrauma. *Injury*, 43(2), 196-199.
- Butcher, N. et Balogh, Z. (2013). The practicality of including the systemic inflammatory response syndrome in the definition of polytrauma: Experience of a level one trauma centre. *Injury*, 44(1), 12-17.

- Butcher, N. et Balogh, Z. J. (2009). The definition of polytrauma: the need for international consensus. *Injury*, 40, S12-S22. doi: 10.1016/j.injury.2009.10.032
- Butcher, N. E. et Balogh, Z. J. (2014). Update on the definition of polytrauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 40(2), 107-111. doi: 10.1007/s00068-014-0391-x
- Capella, J., Smith, S., Philp, A., Putnam, T., Gilbert, C., Fry, W., . . . ReMine, S. (2010). Teamwork Training Improves the Clinical Care of Trauma Patients. *Journal of Surgical Education*, 67(6), 439-443. doi: 10.1016/j.jsurg.2010.06.006
- Chua, W. C., D'Amours, S. K., Sugrue, M., Caldwell, E. et Brown, K. (2009). Performance and consistency of care in admitted trauma patients: our next great opportunity in trauma care? *ANZ Journal of Surgery*, 79(6), 443-448. doi: 10.1111/j.1445-2197.2009.04946.x
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (2016). *Portrait de la clientèle ayant eu un événement traumatique : année 2013-2014 et 2014-2015*.
- Clark, R. et Greenawald, M. (2013). Nurse-physician leadership: insights into interprofessional collaboration. *The Journal of nursing administration*, 43(12), 653-659.
- Clements, A., Curtis, K., Horvat, L. et Shaban, R. Z. (2015). The effect of a nurse team leader on communication and leadership in major trauma resuscitations. *International Emergency Nursing*, 23(1), 3-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.04.004>
- Cole, E. et Crichton, N. (2006). The culture of a trauma team in relation to human factors. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1257-1266. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01566.x
- Comittee on Medical Aspects of Automative Safety. (1971). Rating the severity of tissue damage: I. the abbreviated scale. *JAMA*, 215(2), 277-280. doi: 10.1001/jama.1971.03180150059012
- Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada et Institut de recherche en santé du Canada (2014). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Gouvernement du Canada.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. (2010). *Référence national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver: Université de la Colombie-Britannique.

- Copeland, D. et Liska, H. (2016). Implementation of a Post-Code Pause: Extending Post-Event Debriefing to Include Silence. *Journal of Trauma Nursing*, 23(2), 58-64. doi: 10.1097/JTN.0000000000000187
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J. et Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1513-1523. doi: 10.1007/s00134-013-2951-7
- Courtenay, M., Nancarrow, S. et Dawson, D. (2013). Interprofessional teamwork in the trauma setting: a scoping review. *Human Resources for Health*, 11(1), 1-10. doi: 10.1186/1478-4491-11-57
- CPIS. (2010). *Référence nationale de compétences en matière d'interprofessionnalisme*. Vancouver: Université de la Colombie-Britannique.
- Crocker, A., Trede, F. et Higgs, J. (2012). Collaboration: What is it like? – Phenomenological interpretation of the experience of collaborating within rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), 13-20. doi: 10.3109/13561820.2011.623802
- Curtis, K. (2001). Nurse's experiences of working with trauma patients *Nursing Standard*, 16(9), 33-38.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M. et Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration : Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131. doi: 10.1080/13561820500082529
- D'Amour, D. et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 8-20. doi: 10.1080/13561820500081604
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A. et Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29(6), 908-914. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.05.025
- Dubois, S. et Salvail, J. (2014, 12 novembre 2014). *Leadership clinique et connaissance de soi : des atouts incontournables pour la qualité des soins*. Communication présentée Colloque CII/DSI du CHUM en collaboration avec la 8e journée de partenariat de la FSI de l'Udem, Montréal.

- Duner, A. (2013). Care planning and decision-making in teams in Swedish elderly care: A study of interprofessional collaboration and professional boundaries. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 246-253. doi: 10.3109/13561820.2012.757730
- El-Shafy, I. A., Delgado, J., Akerman, M., Bullaro, F., Christopherson, N. A. M. et Prince, J. M. (2018). Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. *Journal of Surgical Education*, 75(1), 58-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025>
- Emergency Nurses Association (2014). *Trauma Nursing Core Course*. (7^e éd.). Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Engels, P. T., Paton-Gay, D. J. et Tien, H. C. (2016). Trauma team structure and organization. Dans L. M. Gillman, P. G. Brindley, S. Widder & D. Karakitsos (dir.), *Trauma team dynamics*. Switzerland: Springer
- Fernandez, R., Kozlowski, S. W. J., Shapiro, M. J. et Salas, E. (2008). Toward a Definition of Teamwork in Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1104-1112. doi: 10.1111/j.1553-2712.2008.00250.x
- Fisher, M., Weyant, D., Sterrett, S., Ambrose, H. et Apfel, A. (2017). Perceptions of interprofessional collaborative practice and patient/family satisfaction. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 8, 95-102. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2017.07.004>
- Flin, R., Winter, J., Sarac, C. et Raduma, M. (2009). *Human factors in patient safety: review of topics and tools*. Switzerland: World Health Organisation.
- Ford, K., Menchine, M., Burner, E., Arora, S., Inaba, K., Demetriades, D. et Yersin, B. (2016). Leadership and teamwork in trauma and resuscitation. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 17(5), 549-556. doi: 10.5811/westjem.2016.7.29812
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (3^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Foster, P. (2006). *Data Collection and Analysis* (2^e éd.). doi: 10.4135/9781849208802. Repéré à <http://methods.sagepub.com/book/data-collection-and-analysis>
- Frost, D. W., Cook, D. J., Heyland, D. K. et Fowler, R. A. (2011). Patient and healthcare professional factors influencing end-of-life decision-making during critical illness: A systematic review. *Critical Care Medicine*, 39(5), 1174-1189. doi: 10.1097/CCM.0b013e31820eac2f

- Gabbe, B. J., Harrison, J. E., Ameratunga, S., Fitzgerald, M. et Collie, A. (2016). Return to Work and Functional Outcomes After Major Trauma: Who Recovers, When, and How Well? *Annals of surgery*, 263(4), 623-632.
- Gagliardi, A. R., Dobrow, M. J. et Wright, F. C. (2011). How can we improve cancer care? A review of interprofessional collaboration models and their use in clinical management. *Surgical Oncology*, 20(3), 146-154. doi: 10.1016/j.suronc.2011.06.004
- Gavard-Perret, M., Gotteland, D., Haon, C. et Jolibert, A. (2012). *La méthodologie de la recherche en sciences de la gestion. Réussir son mémoire ou sa thèse*. (2^e éd.). Montreuil: Pearson.
- Georgiou, A. et Lockey, D. J. (2010). The performance and assessment of hospital trauma teams. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18(1), 66. doi: 10.1186/1757-7241-18-66
- Gharaveis, A., Hamilton, D. K. et Pati, D. (2017). The Impact of Environmental Design on Teamwork and Communication in Healthcare Facilities: A Systematic Literature Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 0(0), 1937586717730333. doi: 10.1177/1937586717730333
- Gjerra, K., Moller, T.P. et Ostergaard, D. . (2014). Efficacy of simulation-based trauma team training of non-technical skills. A systematic review. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58, 775-787. doi: 10.1111/aas.12336
- Goldman, J., Kitto, S. et Reeves, S. (2017). Examining the implementation of collaborative competencies in a critical care setting: Key challenges for enacting competency-based education. *Journal of Interprofessional Care*, 1-9. doi: 10.1080/13561820.2017.1401987
- Gouvernement du Québec. (2016). *Fiche du terme - Traumatologie*. Repéré à <http://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=12750>
- Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche. (2015). *La recherche qualitative*. Repéré à <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter10-chapitre10/>
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Guba, E. G. et Lincoln, Y. S. (2005). Paradigm controverses, contradictions and emerging confluences. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3^e éd., p. 191-215). CA: Thousand Oaks.

- Haagsma, J. A., Graetz, N., Bolliger, I., Naghavi, M., Higashi, H., Mullany, E. C., . . . Vos, T. (2015). The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Injury Prevention*. doi: 10.1136/injuryprev-2015-041616
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 188-196. doi: 10.1080/13561820500081745
- Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M. et Hultin, M. (2013). Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open*, 3(10), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003525
- Henneman, E. A., Lee, J. L. et Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21010103.x
- Hjortdahl, M., Ringen, A. H., Naess, A. C. et Wisborg, T. (2009). Leadership is the essential nontechnical skill in the trauma team-results of a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17(48), 1-9. doi: 10.1186/1757-7241-17-48
- Hofman, M. et Pape, H. C. (2014). Trauma care systems. Dans H.-J. Oestern, O. Trentz & S. Uranues (dir.), *General trauma care and related aspects*. New Delhi, India: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Holland, R., Battersby, J., Harvey, I., Lenaghan, E., Smith, J. et Hay, L. (2005). Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*, 91(7), 899-906. doi: 10.1136/hrt.2004.048389
- Holloway, I. et Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. (3^e éd.). United-Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Horne, S. et Smith, J. (2015). Preparation of the trauma response in a UK emergency department. *Trauma*, 17(4), 250-257. doi: 10.1177/1460408615572364
- INESSS. (2012). *Les caractéristiques, l'histoire et l'implantation du continuum de services en traumatologie au Québec (1991-2012)*. Montréal, QC: INESSS.
- INESSS. (2013). *Avis sur les critères de triage préhospitalier en traumatologie* (Vol. 9, p. 1-46). Québec: INESSS.

- Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Rapport de 2013 du Registre national des traumatismes : Hospitalisation pour blessures graves au Canada : données de 2010-2011*.
- Institut de la statistique du Québec (2015). *Le bilan démographique du Québec : Édition 2015*. Gouvernement du Québec.
- Jenkins, P., Kehoe, A. et Smith, J. (2013). Is a two-tier trauma team activation system the most effective way to manage trauma in the UK? *Trauma*, 15(4), 322-330. doi: 10.1177/1460408613488473
- Johansson, G., Eklund, K. et Gosman-Hedström, G. (2010). Multidisciplinary team, working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(2), 101-116. doi: 10.3109/11038120902978096
- Jung, H. S., Warner-Hillard, C., Thompson, R., Haines, K., Moungey, B., LeGare, A., . . . Sullivan, S. (2018). Why saying what you mean matters: An analysis of trauma team communication. *The American Journal of Surgery*, 215(2), 250-254. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.11.008>
- Kelleher, D. C., Kovler, M. L., Waterhouse, L. J., Carter, E. A. et Burd, R. S. (2014). Factors affecting team size and task performance in pediatric trauma resuscitation. *Pediatric emergency care*, 30(4), 248-253.
- Kendall-Gallagher, D., Reeves, S., Alexanian, J. A. et Kitto, S. (2017). A nursing perspective of interprofessional work in critical care: Findings from a secondary analysis. *Journal of Critical Care*, 38, 20-26. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.10.007
- Khademian, Z., Sharif, F., Tabei, S., Bolandparvaz, S., Abbaszadeh, A. et Abbasi, H. (2013). Teamwork improvement in emergency trauma departments. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4), 333-339.
- Körner, M., Bütof, S., Müller, C., Zimmermann, L., Becker, S. et Bengel, J. (2016). Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 15-28. doi: 10.3109/13561820.2015.1051616
- Krueger, K. A. et Casey, M. A. (2015). *Focus Groups : A practical guide for applied research*. (5^e éd.). Minnesota: Sage Publications.

- Kvarnström, S. (2008). Difficulties in collaboration : A critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 191-203. doi: 10.1080/13561820701760600
- Lam, A. H. Y., Wong, J. T. L., Ho, E. C. M., Choi, R. Y. Y. et Fung, M. S. T. (2017). A concept analysis of interdisciplinary collaboration in mental healthcare. *COJ Nurse Healthcare*, 1(2).
- Lee, C. T.-S. et Doran, D. M. (2017). The Role of Interpersonal Relations in Healthcare Team Communication and Patient Safety: A Proposed Model of Interpersonal Process in Teamwork. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 75-93. doi: 10.1177/0844562117699349
- Leggat, S. G. (2007). Effective healthcare teams require effective team members: defining teamwork competencies. *BMC Health Services Research*, 7, 17-17. doi: 10.1186/1472-6963-7-17
- Lemieux-Charles, L. et McGuire, W. L. (2006). What Do We Know about Health Care Team Effectiveness? A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300. doi: 10.1177/1077558706287003
- Leske, J. S., McAndrew, N. S. et Brasel, K. J. (2013). Experiences of Families When Present During Resuscitation in the Emergency Department After Trauma. *Journal of Trauma Nursing*, 20(2), 77-85. doi: 10.1097/JTN.0b013e31829600a8
- Lin, F., Chaboyer, W. et Wallis, M. (2009). A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Australian Critical Care*, 22(1), 29-43. doi: 10.1016/j.aucc.2008.11.001
- Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
- Loiselle, C. G. et Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approche quantitatives et qualitatives*. Québec: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Lubbert, P. H., Kaasschieter, E. G., Hoorntje, L. E. et Leenen, L. P. H. (2009). Video registration of trauma team performance in the emergency department: the results of a 2-year analysis in a level 1 trauma center. *J Trauma*, 67(6), 1412-1420. doi: 10.1097/TA.0b013e31818d0e43
- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Lee Murray, B., Fowler-Kerry, S. E. et Anonson, J. M. S. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key

- interprofessional competency. *Nurse education in practice*, 10(4), 238-242. doi: 10.1016/j.nepr.2009.11.012
- Mace-Vadjunec, D., Hileman, B. M., Melnykovich, M. B., Hanes, M. C., Chance, E. A. et Emerick, E. S. (2015). The Lack of Common Goals and Communication Within a Level I Trauma System: Assessing the Silo Effect Among Trauma Center Employees. *Journal of Trauma Nursing*, 22(5), 274-281. doi: 10.1097/jtn.0000000000000153
- MacLeod, J. B. A., Cohn, S. M., Johnson, E. W. et McKenney, M. G. (2007). Trauma deaths in the first hour: are they all unsalvageable injuries? *The American Journal of Surgery*, 193(2), 195-199. doi: 10.1016/j.amjsurg.2006.09.010
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53, 143-151. doi: 10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x
- Marty, J. (2006). *Le polytraumatisé*. Paris: Elsevier masson.
- McCallin, A. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 419-428. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00495.x
- McCallin, A. et Bamford, A. (2007). Interdisciplinary teamwork: is the influence of emotional intelligence fully appreciated? *Journal of Nursing Management*, 15(4), 386-391. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00711.x
- McCullough, A. L., Haycock, J. C., Forward, D. P. et Moran, C. G. (2014). Early management of the severely injured major trauma patient. *British Journal of Anaesthesia*, 113(2), 234-241. doi: 10.1093/bja/aeu235
- Mejaddam, A. Y. et Velmahos, G. C. (2012). Randomized controlled trials affecting polytrauma care. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 38(3), 211-221. doi: 10.1007/s00068-011-0141-2
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29(2), 211-217. doi: 10.1071/AH050211
- Miles, M. B. et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (Traduit par M. H. Rispaal, 2^e éd.). Paris, France: De Boeck.

- Miller, D., Crandall, C., Washington, C. et McLaughlin, S. (2012). Improving teamwork and communication in trauma care through in situ simulations. *Acad Emerg Med*, 19. doi: 10.1111/j.1553-2712.2012.01354.x
- Mills, A., Durepos, G. et Wiebe, E. (2010). *Encyclopedia of Case Study Research*. United-States : SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781412957397
- Mock, C., Lorman, J. D., Goosen, J., Joshipura, M. et Peden, M. (2004). *Lignes directrices pour les Soins essentiels en Traumatologie*. Genève: Organisation mondiale de la Santé. Repéré à http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/guidelines_traumacare/en/
- Moore, L., Evans, D., Hameed, S. M., Yanchar, N. L., Stelfox, H. T., Simons, R., . . . Turgeon, A. F. (2016). Mortality in Canadian Trauma Systems. *Annals of Surgery*, XX(X), 1-6. doi: 10.1097/SLA.0000000000001614
- Moore, L., Turgeon, A. F., Lauzier, F., Émond, M., Berthelot, S., Clément, J., . . . Lapointe, J. (2015). Evolution of Patient Outcomes Over 14 Years in a Mature, Inclusive Canadian Trauma System. *World Journal of Surgery*, 39(6), 1397-1405. doi: 10.1007/s00268-015-2977-9
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P. et Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Hum Resour Health*, 11. doi: 10.1186/1478-4491-11-19
- National Emergency Nurse Association. (2014). Emergency Nursing Core Competencies. Repéré à <http://nena.ca/w/wp-content/uploads/2014/11/NENA-Core-Competencies.pdf>
- O'Reilly, P., Lee, S. H., O'Sullivan, M., Cullen, W., Kennedy, C. et MacFarlane, A. (2017). Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PLOS ONE*, 12(7), e0181893. doi: 10.1371/journal.pone.0177026
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins. Dans L. Tremblay (dir.). Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Paffrath, T., Lefering, R., Flohe, S. et Flohé, S. (2014). How to define severely injured patients?—An Injury Severity Score (ISS) based approach alone is not sufficient. *Injury*, 45 Suppl 3(supplement), S64-S69.

- Pape, H.-C., Lefering, R., Butcher, N., Peitzman, A., Leenen, L., Marzi, I., . . . Balogh, Z. (2014). The definition of polytrauma revisited. *The journal of trauma and acute care surgery*, 77(5), 780-786.
- Pape, H. C. (2012). Classification of patients with multiple injuries—Is the polytrauma patient defined adequately in 2012? *Injury*, 43(2), 127-128.
- Parachute. (2015). The cost of injury in Canada. Toronto, ON: Parachute.
- Parent, F. (2016). *Échelle de triage préhospitalière en traumatologie*. Communication présentée Colloque régional de traumatologie 2016. Repéré à <http://ciusssmcq.ca/telechargement/270/colloque-traumatologie-evolution-du-triage-en-prehospitalier-de-l-ipt-a-l-echell/>
- Parsons, S. E., Carter, E. A., Waterhouse, L. J., Sarcevic, A., O'Connell, K. J. et Burd, R. S. (2012). Assessment of workload during pediatric trauma resuscitation. *The journal of trauma and acute care surgery*, 73(5), 1267-1272. doi: 10.1097/Ta.0b013e318265d15a
- Pati, D., Harvey, T. E. J. et Pati, S. (2014). Physical Design Correlates of Efficiency and Safety in Emergency Departments: A Qualitative Examination. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(3), 299-316. doi: 10.1097/cnq.0000000000000032
- Patton, C. M. (2014). Conflict in Health Care: A Literature Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*, 9(1), 1-11.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Pepin, J., Kérouac, S. et Ducharme, F. (2017). *La pensée infirmière*. (4^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Perreault, K. et Careau, E. (2012). Interprofessional collaboration: One or multiple realities? *Journal of Interprofessional Care*, 26(4), 256-258. doi: 10.3109/13561820.2011.652785
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73-82. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x
- Pfaff, K., Baxter, P., Jack, S. et Ploeg, J. (2014). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 4-20. doi: 10.1111/jan.12195

- Pfeifer, R., Tarkin, I. S., Rocos, B. et Pape, H.-C. (2009). Patterns of mortality and causes of death in polytrauma patients—Has anything changed? *Injury*, 40(9), 907-911. doi: 10.1016/j.injury.2009.05.006
- Polit, D. F. et Beck, C. T. (2012). *Nursing research : Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9^e éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Probst, C., Pape, H.-C., Hildebrand, F., Regel, G., Mahlke, L., Giannoudis, P., . . . Grotz, M. R. W. (2009). 30 years of polytrauma care: An analysis of the change in strategies and results of 4849 cases treated at a single institution. *Injury*, 40(1), 77-83. doi: 10.1016/j.injury.2008.10.004
- Pucher, P. H., Aggarwal, R., Batrick, N., Jenkins, M. et Darzi, A. (2014). Nontechnical skills performance and care processes in the management of the acute trauma patient. *Surgery*, 155(5), 902-909. doi: 10.1016/j.surg.2013.12.029
- Raley, J., Meenakshi, R., Dent, D., Willis, R., Lawson, K. et Duzinski, S. (2016). The Role of Communication During Trauma Activations: Investigating the Need for Team and Leader Communication Training. *Journal of Surgical Education*, 74(1), 173-179. doi: 10.1016/j.jsurg.2016.06.001
- Rasmussen, T. H. et Jeppesen, H. J. (2006). Teamwork and associated psychological factors: A review. *Work & Stress*, 20(2), 105-128. doi: 10.1080/02678370600920262
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E. et Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167-174. doi: 10.3109/13561820.2010.529960
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. et Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. United-Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S., McMillan, S. E., Kachan, N., Paradis, E., Leslie, M. et Kitto, S. (2015). Interprofessional collaboration and family member involvement in intensive care units: emerging themes from a multi-sited ethnography. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), 230-237. doi: 10.3109/13561820.2014.955914
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. et Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3

- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Freeth, D., Koppel, I. et Hammick, M. (2010). The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of Interprofessional Care*, 24(3), 230-241. doi: 10.3109/13561820903163405
- Roberts, N. K., Williams, R. G., Schwind, C. J., Suttyak, J. A., McDowell, C., Griffen, D., . . . Wetter, N. (2014). The impact of brief team communication, leadership and team behavior training on ad hoc team performance in trauma care settings. *The American Journal of Surgery*, 207(2), 170-178. doi: 10.1016/j.amjsurg.2013.06.016
- Rodzalan, S. A. et Saat, M. M. (2012). The Effects of Industrial Training on Students' Generic Skills Development. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 56, 357-368. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.09.664
- Rodzalan, S. A. et Saat, M. M. (2013). The influence of organizational culture on engineering students' team working skill development. Skudai, Johor: Université des technologies en Malaisie.
- Rokos, I. C., Sanddal, N. D., Pancioli, A. M., Wolff, C. et Gaieski, D. F. (2010). Inter-hospital Communications and Transport: Turning One-way Funnels Into Two-way Networks. *Academic Emergency Medicine*, 17(12), 1279-1285. doi: 10.1111/j.1553-2712.2010.00929.x
- Sakran, J. V., Finneman, B., Maxwell, C., Sonnad, S. S., Sarani, B., Pascual, J., . . . Sims, C. (2012). Trauma leadership: does perception drive reality? *J Surg*, 69.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. et Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), 132-147. doi: 10.1080/13561820500082677
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P. et Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep.*, 15(11), 2723-2788. doi: 10.11124/JBISRIR-2016-003016.
- Santos, J. L. G. d., Lima, M. A. D. d. S., Pestana, A. L., Colomé, I. C. d. S. et Erdmann, A. L. (2016). Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.

- Sarcevic, A., Marsic, I., Waterhouse, L. J., Stockwell, D. C. et Burd, R. S. (2011). Leadership structures in emergency care settings: A study of two trauma centers. *International Journal of Medical Informatics*, 80(4), 227-238. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2011.01.004
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (5^e éd., p. 337-360). Québec, Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Sethi, D. et Subramanian, S. (2014). When place and time matter: How to conduct safe inter-hospital transfer of patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 8(1), 104-113. doi: 10.4103/1658-354X.125964
- Sexton, J. B., Thomas, E. J. et Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320(7237), 745-749. doi: 10.1136/bmj.320.7237.745
- Shipley, S. D. (2010). Listening: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 45(2), 125-134. doi: 10.1111/j.1744-6198.2010.00174.x
- Shunk, R., Dulay, M., Chou, C. L., Janson, S. et O'Brien, B. C. (2014). Huddle-Coaching: A Dynamic Intervention for Trainees and Staff to Support Team-Based Care. *Academic Medicine*, 89(2), 244-250. doi: 10.1097/acm.0000000000000104
- Sigalet, E. et Dubé, M. (2016). Interprofessional trauma team roles. Dans L. M. Gillman, P. G. Brindley, M. Blaivas, S. Widder & D. Karakitsos (dir.), *Trauma team dynamics : A trauma crisis resource management manual*. Switzerland: Springer.
- Soberg, H., Bautz Holter, E., Roise, O. et Finset, A. (2007). Long-Term Multidimensional Functional Consequences of Severe Multiple Injuries Two Years After Trauma: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 62(2), 461-470. doi: 10.1097/01.ta.0000222916.30253.ea
- Société de l'assurance automobile du Québec. (2014). *Dossier statistique : Accidents, parc automobile, permis de conduire*. Québec: SAAQ.
- Souza, G. C. d., Peduzzi, M., Silva, J. A. M. d. et Carvalho, B. G. (2016). Teamwork in nursing: restricted to nursing professionals or an interprofessional collaboration? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 642-649.
- Speck, R. M., Jones, G., Barg, F. K. et McCunn, M. (2012). Team composition and perceived roles of team members in the trauma bay. *Journal of Trauma Nursing*, 19(3), 133-138. doi: 10.1097/JTN.0b013e318261d273

- Steinemann, S., Berg, B., DiTullio, A., Skinner, A., Terada, K., Anzelon, K. et Ho, H. C. (2012). Assessing teamwork in the trauma bay: introduction of a modified “NOTECHS” scale for trauma. *The American Journal of Surgery*, 203(1), 69-75. doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.08.004
- Steinemann, S., Berg, B., Skinner, A., DiTulio, A., Anzelon, K., Terada, K., . . . Speck, C. (2011). In Situ, Multidisciplinary, Simulation-Based Teamwork Training Improves Early Trauma Care. *Journal of Surgical Education*, 68(6), 472-477. doi: 10.1016/j.jsurg.2011.05.009
- Steinemann, S., Bhatt, A., Soares, G., Wei, A., Ho, N., Kurosawa, G., . . . Berg, B. (2016). Trauma Team Discord and the Role of Briefing. *The journal of trauma and acute care surgery*, 81(1), 184-189. doi: 10.1097/TA.0000000000001024
- Steinemann, S., Kurosawa, G., Wei, A., Ho, N., Lim, E., Soares, G., . . . Berg, B. (2016). Role confusion and self-assessment in interprofessional trauma teams. *The American Journal of Surgery*, 211(2), 482-488.
- Stocker, M., Pilgrim, S. B., Burmester, M., Allen, M. L. et Gijselaers, W. H. (2016). Interprofessional team management in pediatric critical care: some challenges and possible solutions. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 47-58. doi: 10.2147/JMDH.S76773
- Sugrue, M., Seger, M., Kerridge, R., Sloane, D. et Deane, S. (1995). A prospective study of the performance of the trauma team leader. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, 38(1), 79-82. doi: 10.1097/00005373-199501000-00021
- Supper, I., Catala, O., Lustman, M., Chemla, C., Bourgueil, Y. et Letrilliart, L. (2015). Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of Public Health*, 37(4), 716-727. doi: 10.1093/pubmed/fdu102
- Suter, E., Deutschlander, S., Mickelson, G., Nurani, Z., Lait, J., Harrison, L., . . . Grymonpre, R. (2012). Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. *Journal of Interprofessional Care*, 26(4), 261-268. doi: 10.3109/13561820.2012.663014
- Tøien, K., Bredal, I. S., Skogstad, L., Myhren, H. et Ekeberg, Ø. (2011). Health related quality of life in trauma patients. Data from a one-year follow up study compared with the general population. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 19, 22-22. doi: 10.1186/1757-7241-19-22

- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire ? . *Recherche qualitatives, Hors-Série*(5), 38-45.
- Twibell, R., Siela, D., Riwtis, C., Neal, A. et Waters, N. (2018). A qualitative study of factors in nurses' and physicians' decision-making related to family presence during resuscitation. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e320-e334. doi: 10.1111/jocn.13948
- Urden, L. D., Stacy, K. M. et Lough, M. E. (2010). *Critical Care Nursing : diagnosis and treatment*. (6^e éd.). États-Unis: Elsevier.
- Vasli, P. et Ndehghan-Nayeri, N. (2016). Emergency nurses' experience of crisis : A qualitative study *Japan Journal of Nursing Science*, 13, 55-64. doi: 10.1111/jjns.12086
- Weller, J., Boyd, M. et Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1061), 149-154. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131168
- Welp, A., Meier, L. L. et Manser, T. (2016). The interplay between teamwork, clinicians' emotional exhaustion, and clinician-rated patient safety: a longitudinal study. *Critical Care*, 20(1), 110. doi: 10.1186/s13054-016-1282-9
- Westli, H. K., Johnsen, B. H., Eid, J., Rasten, I. et Brattebø, G. (2010). Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 18, 47-47. doi: 10.1186/1757-7241-18-47
- Wisborg, T., Brattebø, G., Brattebø, J. et Brinchmann-Hansen, A. (2006). Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Educ Health (Abingdon)*, 19. doi: 10.1080/13576280500534768
- Wisborg, T., Brattebø, G., Brinchmann Hansen, A. et Hansen, K. (2009). Mannequin or standardized patient: participants' assessment of two training modalities in trauma team simulation. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 17, 59-59.
- Wood, K., Crouch, R., Rowland, E. et Pope, C. (2015). Clinical handovers between prehospital and hospital staff: literature review. *Emergency Medicine Journal*, 32(7), 577-581. doi: 10.1136/emered-2013-203165
- World Health Association. (2009). *Global priorities for patient safety research : Better knowledge for safer care*. Switzerland: WHO.

- World Health Organisation. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaboration practice*. Dans F. E. Diana Hopkins (dir.). Geneva Switzerland: World Health Organization.
- Xiao, Y., Parker, S. E. et Manser, T. (2013). Teamwork and collaboration. Dans D. G. Morrow (dir.), *Reviews of human factors of ergonomics*. Thousand Oaks: SAGE.
- Xyrichis, A. et Ream, E. (2008). Teamwork: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232-241. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x
- Zamanzadeh, V., Irajpour, A., Valizadeh, L. et Shohani, M. (2014). The Meaning of Collaboration, from the Perspective of Iranian Nurses: A Qualitative Study. *The Scientific World Journal*, 2014, 9. doi: 10.1155/2014/785942
- Zwarenstein, M., Goldman, J. et Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

Appendice A

Résumé de la recherche documentaire

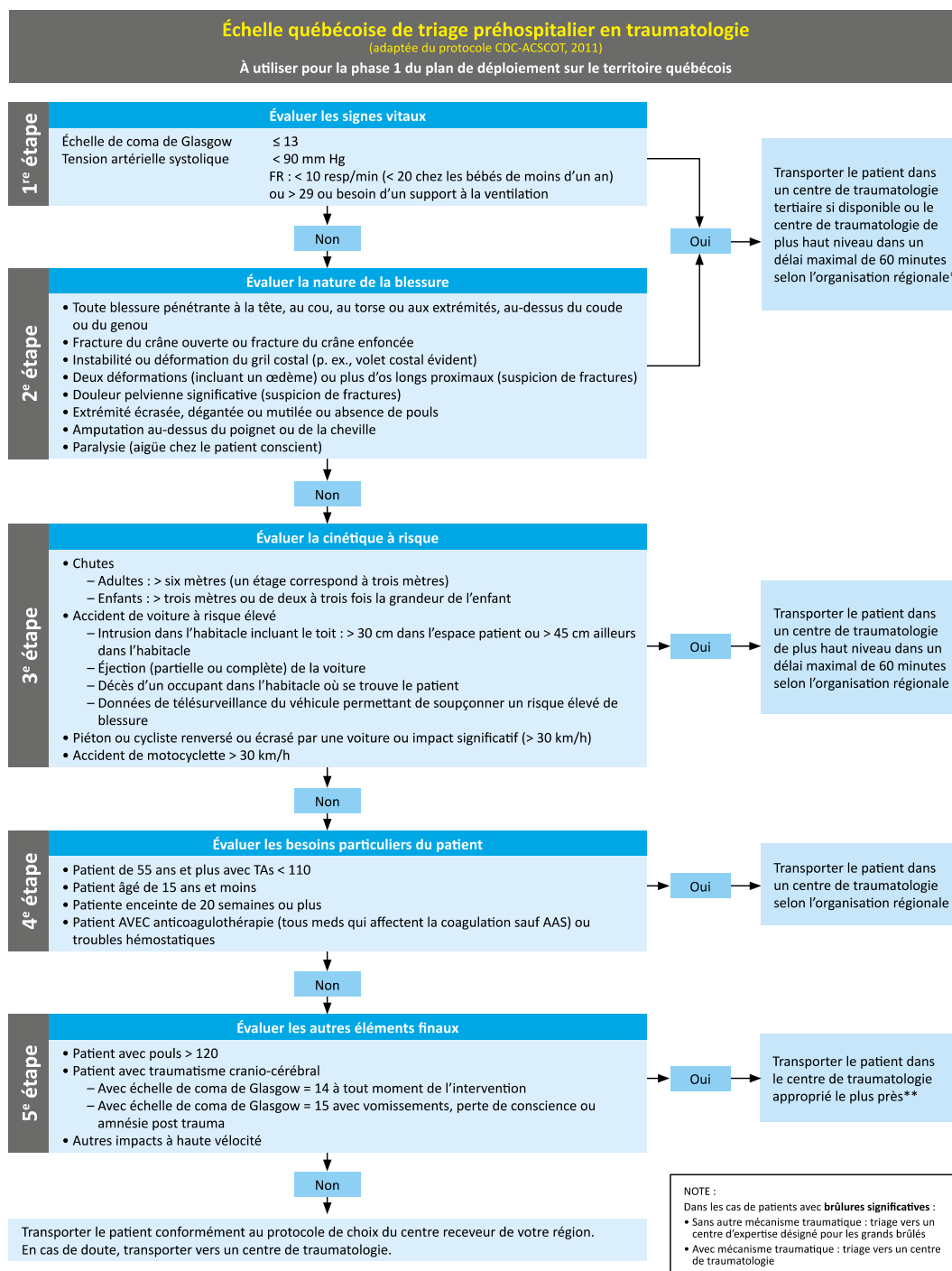
Tableau XII. Résumé de la recherche documentaire

Concept 1	Concept 2	Concept 3	Bases de données	Critères	Résultats	Sélection
Recherche 1						
Polytrauma* Multiple trauma* Multiple injur* Injur* OR wound*	Classification Definition		Scopus Cinalh Web of Science PubMed	- 2006-2017 - Français/Anglais	107	15
Recherche 2						
Collaboration	Interprofession* Multidisciplin* Interdisciplin*	Model* Definition Clarification Concept	Scopus Cinalh Web of Science	- 2006-2017 - Français/Anglais	170	38
Collaboration	Interprofession* Multidisciplin* Interdisciplin*	Trauma* Emergenc*	Scopus Cinalh Web of Science	- 2006-2017 - Français/Anglais - Domaine de la santé : urgence, soins critiques, traumatologie	493	
Recherche 3						
Collaboration	Interprofession* Multidisciplin* Interdisciplin*	Polytrauma* Multiple trauma* Multiple injur* Injur* OR wound*	Scopus Cinalh Web of Science	- 2006-2017 - Français/Anglais	76	14

Appendice B

Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie

Figure 5. L'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie



* les patients en ACR et en détresse respiratoire non contrôlée en préhospitalier doivent être transportés au CH le plus près (non désignés inclus)
**ou selon l'organisation régionale

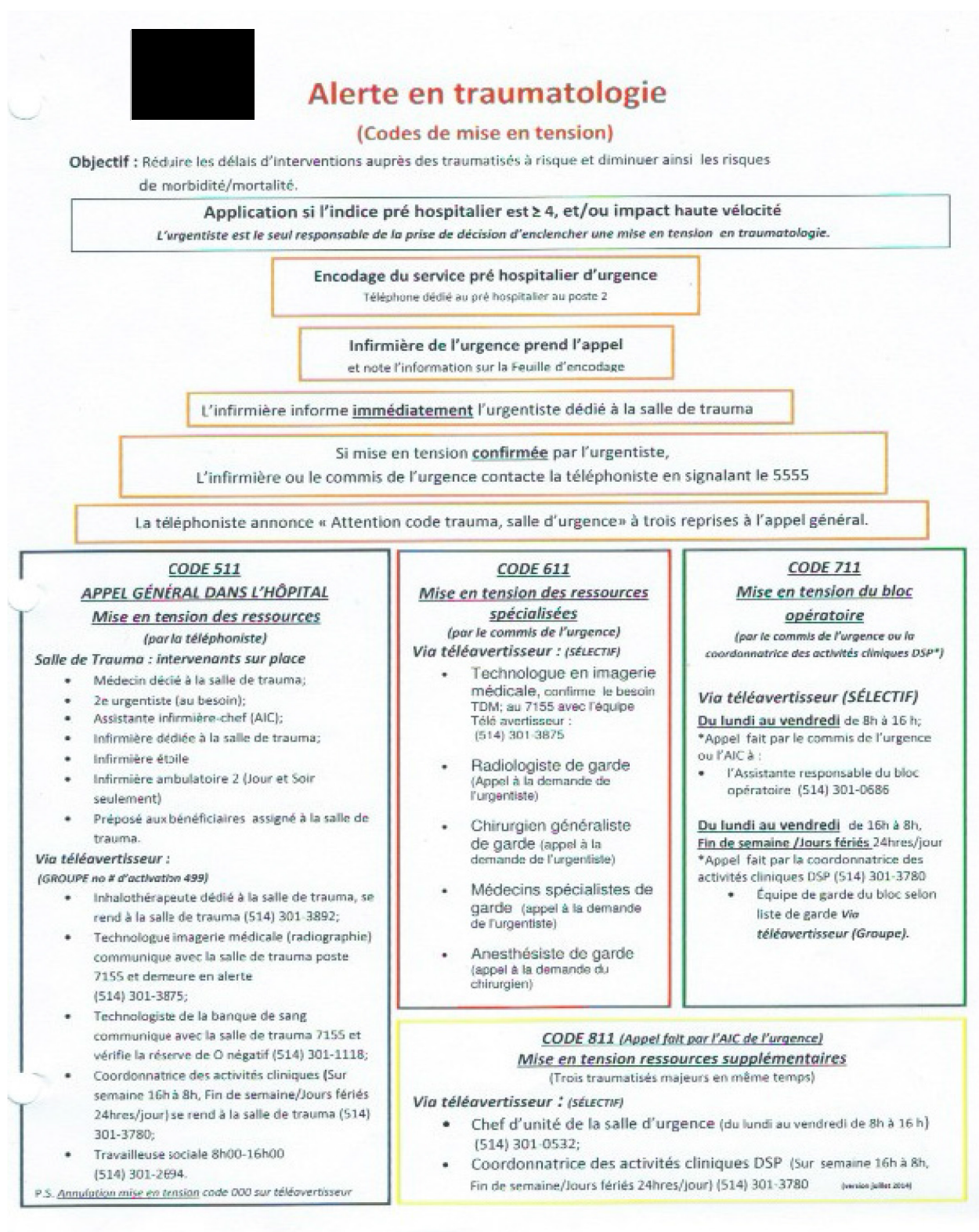
Québec

Avec la participation de :
• Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Appendice C

Alerte en traumatologie

Figure 6. Alerte en traumatologie



Source : [REDACTED], juillet (2014)

Appendice D

Évaluation primaire et secondaire

Tableau XIII. Évaluation primaire et secondaire en traumatologie

Évaluation PRIMAIRE (Évaluer, intervenir et réévaluer)	
Évaluation	Interventions
C : Identification des sources de saignements externes	
Recherche de saignements externes non contrôlés	<ul style="list-style-type: none"> Contrôler les saignements externes Pression directe Surélévation du membre si possible Pression proximale si saignement artériel Pansement compressif
A : Dégagement des voies respiratoire et immobilisation cervicale	
Immobilisation cervicale	<ul style="list-style-type: none"> Installer collet cervical rigide Réajuster le collet PRN
Dégagement des voies respiratoires : Est-ce que la personne vocalise ? AVPU Est-ce que la langue obstrue ? Présence d'un corps étranger ? Dents ? Saignement ? Vomissements, sécrétions ? Œdème ?	<ul style="list-style-type: none"> Assurer un bon alignement corporel Maintenir l'immobilisation cervicale Ouvrir et dégager les voies respiratoires <ul style="list-style-type: none"> - Par traction du menton ou luxation mandibulaire - Succion PRN - Retrait des corps étrangers Maintenir les voies respiratoires ouvertes : canule oropharyngée ou nasopharyngée
B : Besoin respiratoire	
Respiration : fréquence, amplitude, régularité Intégrité et symétrie de la cage thoracique Coloration de la peau (Pâle ? Cyanosée ?) Utilisation des muscles accessoires Positionnement de la trachée Turgescence des jugulaires Emphysème sous-cutané Auscultation en quatre points	<ul style="list-style-type: none"> O2 15L/min (100%) Décompression aiguille Drain thoracique Pansement trois côtés Ventilation pression positive Intubation
C : Circulation	
Pouls central : fréquence, rythme, qualité Peau : coloration, température, degré de diaphorèse Remplissage capillaire Saignements externes non contrôlés Stabilité du bassin	<ul style="list-style-type: none"> Si pouls absent = RCR Contrôler les saignements externes Immobilisation du bassin 2 accès veineux courts (cathéter #14 ou 16) Envoyer échantillon sanguin (cross-match) Débuter NaCl 0.9% chaud Intra-osseuse PRN Mesurer les signes vitaux Obtenir ECG
D : Désordre neurologique	
Échelle de Glasgow Évaluation des pupilles PERRL Glycémie capillaire	
E : Exposition à l'environnement	
Inspecter la face antérieure - observer les blessures apparentes	<ul style="list-style-type: none"> Dévoiler Recouvrir avec couvertures chaudes Augmenter la T° ambiante, T° rectale

Évaluation SECONDAIRE	
Évaluation	Interventions
F : Famille et signe vitaux	
Présence de la famille Signe vitaux	Aviser la famille Signes vitaux si non faits ou répéter PRN
G : Gestion des procédures associées	
LMNOP	L : Laboratoires M : Moniteur cardiaque N : Naso ou oro (tube gastrique) O : Oxygène (saturation/capnographie) P : PRN (gestion de la douleur)
H : «Head to toe» & histoire	
Tête et visage	Inspecter pour plaies, ecchymoses, déformations, rhinorrhée, otorrhée Palper pour déformation, sensibilité, crépitements
Cou	Retirer la partie antérieure du collet cervical pour inspecter et palper le cou (une autre personne doit immobiliser la tête) Inspecter pour plaies, ecchymoses, déformations et distension des veines Palper pour sensibilité, crépitements, emphysème sous-cutané et position de la trachée
Thorax	Inspecter la respiration, l'amplitude, la présence de plaies, de déformations, d'ecchymoses, utilisation des muscles accessoires Auscultier bruits pulmonaires et cardiaques Palper pour sensibilité, crépitements, emphysème sous cutané, déformations
Abdomen et flancs	Inspecter pour plaies, distension, ecchymoses Auscultier les bruits intestinaux Palper des quatre quadrants pour sensibilité, rigidité, défense, masse perceptible, pouls fémoral
Bassin et périnée	Inspecter pour plaie, déformation, ecchymoses, priapisme, sang au méat urinaire ou périnée Palper le bassin et évaluer tonus sphincter anal
Extrémités	Inspecter pour plaies, ecchymoses et déformation Palper pour les pouls, la température de la peau, la sensibilité, déformations
Histoire avec AMPLE	Allergie Médicaments Passé médical Le dernier repas Évènement
I : Inspection de la face postérieure	
Coordonner la mobilisation en bloc	Inspecter la face postérieure Température rectale si pas fait Toucher rectal PRN

Tiré et traduit de *Emergency Nurses Association* (2014)

Appendice E

Tableau comparatif des analyses de concept

Tableau XIV. Comparaison des attributs des analyses de concept

Auteur(s)	Henneman, Lee et Cohen	Xyrichis et Ream	Petri	Bridges	Bookey-Basset et al.
Année	1995	2007	2010	2014	2016
Terme	Collaboration	Travail d'équipe	Collaboration interdisciplinaire	Collaboration	Collaboration interprofessionnelle
Domaine				Infirmière praticienne	Maladie chronique
Attributs	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Projet commun ⇒ Effort de coopération ⇒ Participation volontaire ⇒ Planification et prise de décision partagées ⇒ Approche concertée ⇒ Contribution de l'expertise ⇒ Partage des responsabilités ⇒ Relation non hiérarchique ⇒ Pouvoir partagé selon les connaissances et l'expertise vs le rôle et le titre 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Effort concerté ⇒ Collaboration interdépendante ⇒ Partage de la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Processus de résolution de problème ⇒ Travailler ensemble ⇒ But commun et partage de la prise de décision 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Travailler ensemble ⇒ Communication ouverte ⇒ Se percevoir comme un membre d'une équipe ⇒ But commun ⇒ Partage des responsabilités ⇒ Partage de l'expertise et des connaissances ⇒ Pouvoir partagé dans une relation non hiérarchique ⇒ Planification, résolution de problème et prise de décision partagée ⇒ Autonomie ⇒ Confiance ⇒ Coopération 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un processus interpersonnel évolutif ⇒ But commun et partage des prises de décision et de la planification des soins ⇒ Interdépendance ⇒ Communication efficace et fréquente ⇒ Évaluation de la performance d'équipe ⇒ Impliquer la personne/famille dans l'équipe ⇒ Diversité et flexibilité des membres de l'équipe

Appendice F

Lettre d'invitation à l'étude

Lettre d'invitation aux participants

Titre de l'étude : La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence

Bonjour,

Étant étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal, je vous invite à participer à un projet de recherche portant sur la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence. Ainsi, ce projet s'inscrit dans le cadre de ma formation aux cycles supérieurs. Ce projet est dirigé par M. Jérôme Gauvin-Lepage, professeur adjoint, et Mme Hélène Lefebvre, professeure titulaire, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Le but de cette recherche qualitative est de mieux comprendre l'expérience de la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire. Veuillez prendre note que votre participation demeure volontaire et confidentielle. En fait, il s'agit d'une entrevue individuelle et d'un groupe de discussion de 30 à 60 minutes chacun.

Votre participation et le témoignage de votre expérience sont importants pour la réussite de ce projet de recherche. Les retombées possibles de cette étude sont l'avancement des connaissances en sciences infirmières et pourraient mener vers des pistes d'intervention visant à faciliter la collaboration interprofessionnelle en contexte de traumatologie.

Pour participer, vous devez :

1. Être un professionnel de la santé
2. Avoir plus d'une année d'expérience en salle de traumatologie
3. Avoir vécu plus d'une prise en charge d'un patient polytraumatisé.

Ainsi, si vous êtes intéressés à participer à la présente étude et que vous êtes prêts à réaliser une entrevue individuelle ainsi qu'un groupe de discussion, toutes deux, d'une durée approximative de 30 à 60 minutes, veuillez me contacter pour que nous prenions rendez-vous. Nous pourrions, alors, choisir ensemble un lieu et un moment d'entrevue qui vous conviendront.

Merci de votre collaboration,

Alexandra Lapierre, inf., B.Sc., ét., M. Sc.
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Appendice G

Note de service : Déroulement d'une étude à l'urgence

Destinataire : Professionnels de la santé, salle de traumatologie

Expéditeur : Alexandra Lapierre, inf. clin. urgence

Date :

Objet : Déroulement d'une étude à l'urgence

Bonjour,

La présente note de service a pour but de vous aviser qu'une étude se déroulera sur le département d'urgence. Je suis étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal et ce projet s'inscrit dans le cadre de ma formation aux cycles supérieurs. Ce projet est dirigé par M. Jérôme Gauvin-Lepage, professeur adjoint, et Mme Hélène Lefebvre, professeure titulaire, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Le but de cette recherche qualitative est de mieux comprendre l'expérience de la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire.

Cette présente lettre est pour vous aviser de la possibilité que vous soyez observés lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle de traumatologie. Puisqu'il est impossible de prévoir l'arrivée d'un tel patient, outre quelques minutes plus tôt, l'observation se fera auprès des professionnels de la santé présents à ce moment-là. Il serait donc apprécié que vous m'avisiez rapidement dans le cas où vous refusiez d'être observé. Toutefois, soyez assuré que cette observation ne permettra pas, une fois la diffusion des résultats, d'identifier les participants. En effet, l'observation n'aura pas pour but d'observer le patient, ni les professionnels de la santé, mais bien le phénomène de la collaboration interprofessionnelle dans ce contexte de soins particulier qu'est la traumatologie.

Je suis disponible pour toutes questions.

Merci d'avance de votre compréhension.

Alexandra Lapierre inf., B.Sc., ét., M. Sc.
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Appendice H

Guide d'entretien pour les entrevues individuelles semi-dirigées

Guide d'entretien pour les entretiens individuelles semi-dirigées

Titre de l'étude : La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence

- ✓ S'assurer de la disponibilité du professionnel pour la durée de l'entretien (environ 30-60 minutes).
- ✓ Lire, compléter et signer le formulaire de consentement.
- ✓ Lire et compléter le questionnaire des données sociodémographiques.

Introduction générale :

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de prendre de votre temps pour me rencontrer. Mon projet de mémoire porte sur l'expérience de la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence. Ainsi, je m'intéresse à votre expérience personnelle et professionnelle quant à ce sujet. Plus particulièrement, j'aimerais mieux comprendre ce que signifie la collaboration interprofessionnelle en contexte de traumatologie pour vous. Ensuite, j'aimerais également que l'on discute des facteurs qui, selon vous, facilitent ou contraignent la collaboration interprofessionnelle dans votre réalité des soins, telle que vous la connaissez.

□ Clarification avant de commencer l'entretien :

Définition de polytraumatisé : un blessé grave, victime de plusieurs lésions, dont une au moins, met en jeu le pronostic vital du patient (Barsotti, 2010; Marty, 2006).

Signification de la collaboration interprofessionnelle

- Racontez-moi comment se déroule, du début à la fin, la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence.
- Que signifie pour vous la collaboration interprofessionnelle en contexte de traumatologie ?
- Selon vous, en quoi cette définition est-elle partagée par les membres de l'équipe ?

Facteurs influençant la collaboration

□ Facteurs relationnels

- Parlez-moi de vos interactions avec vos collègues lors de la prise en charge d'un polytraumatisé.
- Comment décririez-vous les relations entre les membres de l'équipe en traumatologie ?

- Parlez-moi de la répartition des rôles.
- Parlez-moi de la composition de l'équipe.
- Selon vous, qu'est-ce qui facilite les relations interprofessionnelles lors de la prise en charge d'un polytraumatisé ?
- Selon vous, qu'est-ce qui contraint les relations interprofessionnelles lors de la prise en charge d'un polytraumatisé ?

□ **Facteurs organisationnels**

- Selon vous, quelle influence possède l'établissement quant à la collaboration interprofessionnelle ?
- Selon vous, comment l'établissement perçoit-il la collaboration interprofessionnelle ?
- Selon vous, que fait l'établissement pour promouvoir ou faciliter la collaboration interprofessionnelle ?
- Selon vous, que fait l'établissement qui n'aide pas ou nuit à la collaboration interprofessionnelle ?

□ **Facteurs contextuels et facteurs procéduraux**

- Y a-t-il d'autres éléments qui influencent la collaboration interprofessionnelle ? Si oui, lesquels ?

Conclusion

Cette rencontre avait pour but d'explorer votre expérience de la collaboration interprofessionnelle en contexte de traumatologie, ainsi que d'identifier ses facteurs facilitants ou contraignants.

- Auriez-vous d'autres éléments à ajouter avant de conclure cette rencontre ?

Merci infiniment de votre collaboration !

Appendice I

Fiche sociodémographique

FICHE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Titre de l'étude: La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence.

Code du participant : _____

Date : _____

Âge : _____

Genre : Femme ☐ Homme ☐

Nombre d'années de scolarité : _____

Formation continue pertinente : _____

Discipline professionnelle :

Infirmier (ère) ☐ Médecin ☐ Inhalotérapeute ☐

Autre: _____

Titre d'emploi : _____

Nombre d'années d'expérience clinique : _____

Nombre d'années d'expérience clinique à l'urgence : _____

Nombre d'années d'expérience clinique en salle de traumatologie: _____

Nombre de patients polytraumatisés (code trauma) pris en charge dans la dernière année:

Autres expériences : _____

Statut de l'emploi :

Temps plein ☐ Temps partiel ☐

Quart de travail :

Jour ☐ Soir ☐ Nuit ☐

Appendice J

Grille d'observation structurée

MISE EN CONTEXTE DE L'OBSERVATION

DATE :

HEURE :

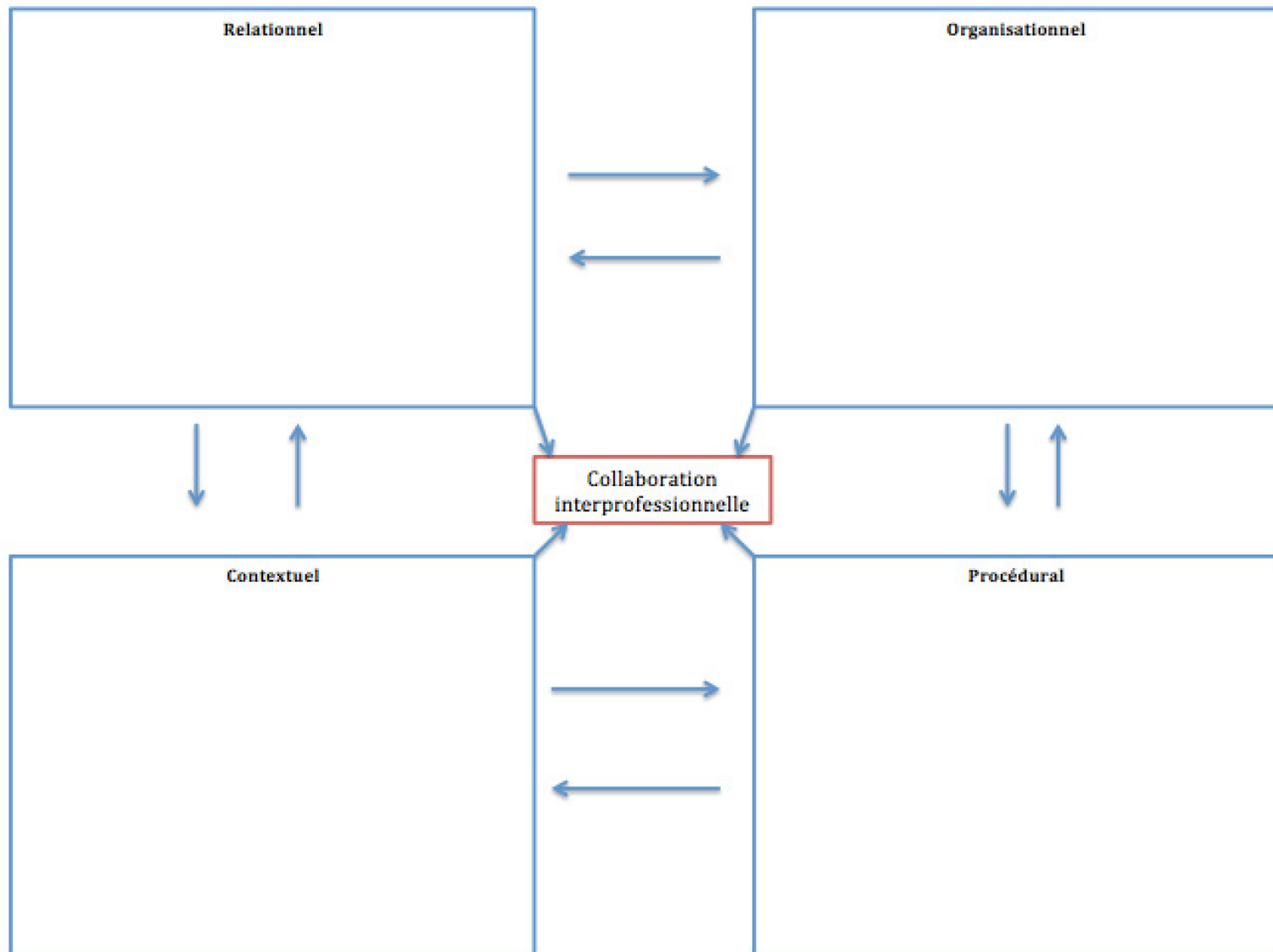
Description de la situation clinique rencontrée :

Temps de préparation : _____

Alerte en traumatologie lancée : OUI / NON

Quels sont les professionnels présents :

Autres commentaires (par exemple, équipe habituée de travailler ensemble, présence d'une nouvelle infirmière, etc.)



Autres notes d'observation :

Appendice K

Guide d'entretien pour le groupe de discussion focalisée

Guide d'entretien pour le groupe de discussion focalisée

Titre de l'étude : La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence

- ✓ S'assurer de la disponibilité des professionnels pour la durée de du groupe de discussion focalisée (environ 60 minutes).

Introduction générale :

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de prendre de votre temps pour participer à ce groupe de discussion focalisée. Comme vous le savez déjà, mon projet de mémoire porte sur l'expérience de la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence. Aujourd'hui, cette rencontre a pour but de valider auprès de vous les résultats obtenus suite à l'analyse des entrevues individuelles et à l'observation faite en salle de traumatologie. Pour ce faire, vous avez préalablement reçu une synthèse des résultats, vous permettant ainsi de vous préparer à la rencontre.

Introduction :

- Avant tout, j'aimerais que l'on fasse un tour de table afin que chacun se présente.

Présentation :

- Pour poursuivre, je vais vous présenter sous forme de présentation orale (avec soutien visuel) la synthèse des résultats obtenues.
- Vous êtes invités à ajouter, confirmer, infirmer ou commenter les éléments exposés lors de cette présentation.

Pistes d'interventions :

- Selon vous, quelles interventions permettraient une amélioration de la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence ?

Conclusion

- Auriez-vous d'autres éléments à discuter avant de conclure cette rencontre ?

Merci pour votre collaboration.

Appendice L

Document préparatoire pour les participants – groupe de discussion focalisée

Document préparatoire pour les participants du groupe de discussion focalisée

But de l'étude :

Explorer l'expérience de la collaboration interprofessionnelle, selon le point de vue des professionnels de la santé, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire.

Questions de recherche :

- 1) Quelle description les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge d'un polytraumatisé font-ils de la collaboration interprofessionnelle ?
- 2) Quels sont les facteurs facilitants à la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé ?
- 3) Quels sont les facteurs contraignants à la collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence ?

Résultats - question de recherche

Nombre de participants ayant nommé l'élément	Élément	Commentaires
6	La communication	
4	Avoir un but commun	
3	Connaître son rôle	
2	Écoute	
2	Respect	
2	Doit être bidirectionnel	
1	Avoir un leader	

Cette vision de la collaboration est-elle partagée ?

- 57% disent oui
- 43 % disent non

Résultats – questions de recherche 2 et 3

5 grandes catégories semblent influencer la collaboration interprofessionnelle :

- Facteurs individuels ou personnels
- Facteurs relationnels
- Facteurs procéduraux
- Facteurs organisationnels

- Facteurs contextuels

Les facteurs individuels/personnels

Facteurs facilitateurs	Facteurs contraignants
<ul style="list-style-type: none">• Plus d'expérience• Médecin compétent	<ul style="list-style-type: none">• Pas d'expérience• Fatigue• Mauvaise humeur• Pas de mise à jour des connaissances

Commentaires

Les facteurs relationnels

Facteurs facilitants	Facteurs contraignants
Bonne communication <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer ce que l'on fait • Directives claires 	Une mauvaise communication <ul style="list-style-type: none"> • Parle fort • Pas de leadership • Perte de contrôle • Pas d'écoute
Les rôles <ul style="list-style-type: none"> • Répartition des rôles claire • Connaître son rôle • Avoir un leader 	Les rôles <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas connaître les rôles • Répartition pas claire • Ne pas garder son rôle
Composition de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un seul médecin 	Composition de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> • Présence de plusieurs médecins • Collaboration médecin-médecin (plusieurs leaders) • Présence des soins intensifs
Équipe stable	Équipe instable
Bonnes relations interpersonnelles	Conflits interpersonnels

Commentaires

Les facteurs procéduraux

<i>Facteurs facilitants</i>	<i>Facteurs contraignants</i>
L'environnement <ul style="list-style-type: none"> • Beaux lieux physiques 	L'environnement <ul style="list-style-type: none"> • Le matériel désuet/manquant • La présence de patients • Le bruit • Le manque d'espace • La présence des familles
Les protocoles et procédures <ul style="list-style-type: none"> • Les connaître • Préparation (préavis d'Urgence-Santé) 	Les protocoles et procédures <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas les suivre <ul style="list-style-type: none"> ✓ Techniques de soins pas nécessaires ✓ Inhalothérapeute pas avisé ✓ Code trauma pas lancé • Difficulté a/n des transferts inter hospitaliers
	Urgence <ul style="list-style-type: none"> • Acuité du patient • Stress

<p align="center">Commentaires</p>

Les facteurs organisationnels

Facteurs facilitants	Facteurs contraignants
Support organisationnel <ul style="list-style-type: none">• Ressources humaines• Ressources matérielles• Sentiment d'appartenance• Présence de procédures	Pas de support organisationnel <ul style="list-style-type: none">• Pas de formations/simulations• Pas de support clinique• Aucun suivi• Encre sur les marqueurs de performance

Commentaires

Les facteurs contextuels

<i>Facteurs facilitateurs</i>	<i>Facteurs contraignants</i>
	Politique <ul style="list-style-type: none">• Changement dans le système de la santé• Lien difficile entre les partenaires (par exemple, urgence santé et les CH)
	Économique <ul style="list-style-type: none">• Coupure au niveau du personnel

Commentaires

Vos solutions/interventions/recommandations

Afin d'améliorer la collaboration en contexte de traumatologie au sein de votre milieu de travail, quelles seraient selon vous les interventions à mettre en place ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

Appendice M

Exemple de tableau d'analyse

Tableau XV. Exemple de tableau d'analyse

Thèmes – Facteurs facilitants	Éléments de discussions/observations retenus et thématiques	Thèmes – Facteurs contraignants	Éléments de discussions/observations retenus et thématiques
Les facteurs individuels			
<p>Plus d'expérience Médecin compétent</p> <p>↓</p> <p>Être plus exposé</p>	<p>« Si c'est des gens expérimentés qui ont déjà eu un polytraumatisé, je sens que les gens sont un peu plus calmes, un peu plus dans leur position, et la communication est vraiment plus efficace » (I, CSI, 18).</p> <p>« Pis aussi tout dépendamment de l'expérience que les gens ont dans la salle de trauma. Comme préposés si on a plus d'expérience, on est capable de voir les devants de ce qui s'en vient, si y'ont une sonde à installer ou des choses comme ça, on est capable de prendre les devants, pis d'aller chercher les choses, parce qu'on sait que ça s'en vient, y'ont pas besoin de nous le dire » (I, PAB, 37).</p> <p>« C'est la même chose, si c'est ton premier trauma en tant que médecin, tu n'auras pas la même énergie, la même <i>drive</i> que quand ça fait 8 cas que t'as en deux semaines. Le huitième</p>	<p>Pas d'expérience</p> <p>↓</p> <p>Peu exposé</p>	<p>« Si des fois on a du monde avec un peu moins d'expérience, c'est sûr qu'eux autres on va les encadrer un peu plus et on va leur rappeler plus régulièrement c'est quoi leur rôle (...) » (I, AIC, 44).</p> <p>« Le manque d'expérience aussi des infirmières. Y'en a qui, des fois, on est comme pris avec 3 infirmières qui commencent à faire de la salle de choc, donc ça devient un petit peu plus difficile à ce moment-là. C'est sûr qu'elles ont une orientation pour la salle de choc, mais quand tu ne l'as pas vu, c'est un petit peu plus difficile » (I, AIC, 54).</p> <p>« À ce moment-là, quand on a des équipes un peu plus jeunes qui ont pas été soumis, ou quand qu'on a aussi des nouveaux médecins, ce n'est pas juste les infirmières (...) on sent qu'il y a une fébrilité, pis c'est très en silo » (I, CSI, 18).</p>

	<p>théoriquement, tu vas dire mon dieu ok, ce que je dois faire de bien c'est ça, pis ce que je dois travailler c'est ça » (G, CSI, 103).</p> <p>« Je pense l'expérience. Si on a fait des choses ensemble plusieurs fois, c'est aussi simple que ça. Tout devient plus fluide, plus naturel » (I, MD, 40).</p> <p>« Plus d'expérience, t'as probablement été aussi plus exposé à des situations. T'as comme ton album photo » (G, CSI, 69).</p> <p>« J'aime le mot exposition, parce que effectivement plus que tu vas être exposé à une situation plus que tu vas avoir des stratégies pour faire face à la situation » (G, CSI, 76).</p>		<p>« Des gens insécures, ça contraint (...) je pense que c'est des gens qui manquent de formation ou d'expérience dans ce genre de situations là » (I, PAB, 63).</p> <p>« C'est la même chose au niveau médical actuellement ils ont des difficultés au niveau médical et on se retrouve avec un nouveau pis un moyen nouveau pis y'essaye de s'aider, mais les deux sont très nerveux. Si y faut que cette journée-là ou cette soirée-là ça soit perturbé, ben tout le monde est nerveux parce que tout le monde a pas le background qu'il faut, mais en même temps ben le médecin qui commence il a été peu exposé, y commence. Donc, le contexte est aussi pour beaucoup » (G, CSI, 76).</p>
		Fatigue	<p>« Quand on est fatigué, on est moins patient, on se stress plus facilement, donc c'est difficile » (I, MD, 88).</p> <p>« J'e n'en ai pas parlé, mais le niveau de fatigue des intervenants » (I, AMB, 41).</p>
		Mauvaise humeur	<p>« Mais c'est vrai avoir une mauvaise journée ça facilite pas la collaboration parce que tu vas être moins enclin à partager » (G, CSI, 143).</p>

			<p>« Ah mais y'a aussi l'humeur personnelle. Mettons que j'arrive un matin pis que je feel pas, peut-être que ça va me tenter moins de collabore. Donc, des fois c'est plus au niveau personnel » (I, INH, 95).</p>
		<p>Pas de mise à jour des connaissances</p>	<p>« Là j'irais peut-être plus au niveau individuel, on a une responsabilité de mettre nos connaissances à jour, mais si les gens ne mettent pas leurs connaissances à jour et arrêtent leur formation, ça c'est problématique » (I, CSI, 50).</p> <p>« Je pense que quand on est un peu nerveux ou quand on manque de connaissances, d'expérience au niveau de la trauma c'est difficile de rester à notre place » (I, CSI, 28).</p>
		<p>Le stress</p>	<p>« C'est sûr qu'il y a des gens qui sont un peu plus stressés (...) donc y perdent un peu plus le contrôle » (I, PAB, 35).</p> <p>« Je pense que le niveau de stress impacte beaucoup la qualité de l'intervention (...) » (I, AMB, 35).</p> <p>« Je pense que quand on est un peu nerveux ou quand on manque de connaissances, d'expérience au niveau de la trauma c'est difficile de rester à notre place » (I, CSI, 28).</p>

Appendice N

Lettre d'autorisation à l'éthique

[REDACTED]

Le 07 juin 2017

Madame Alexandra Lapierre
[REDACTED]

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

Titre du projet : *La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence.*

Numéro attribué par le [REDACTED] 2018-1039

Numéro attribué par le [REDACTED]

Madame Lapierre,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre dans notre établissement, soit le [REDACTED]

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, notamment la lettre du [REDACTED] portant la date du 6 juin 2017 qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif. De plus, votre projet a reçu l'approbation de la convenance institutionnelle le 6 juin 2017. Si ce CÉR vous informe, pendant le déroulement de cette recherche, d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR évaluateur.

En raison de la nature du projet, veuillez noter que ce dernier n'a pas été soumis à notre Comité d'évaluation scientifique de la recherche. D'autre part, le [REDACTED] reconnaît l'évaluation scientifique positive du projet datée du 27 avril 2017 réalisée par l'instance suivante: Université de Montréal.

Notre établissement a reçu une copie de la version finale des documents se rapportant à la recherche, approuvée par le CÉR évaluateur.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

- à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique de la recherche;
- à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
- à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
- à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir : La tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

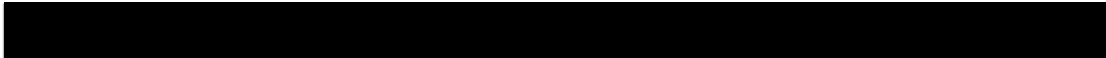
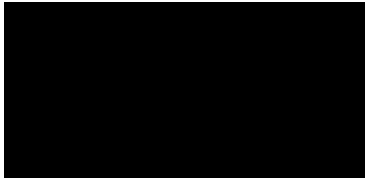
Cette autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement sera renouvelée annuellement à la date du renouvellement de l'approbation éthique du CÉR évaluateur.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Je vous invite à entrer en communication avec notre Bureau de coordination de la recherche clinique (BCRC) : [REDACTED] ou par courriel [REDACTED] pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre Comité d'éthique de la recherche [REDACTED] ou par courriel au [REDACTED] pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par notre établissement ainsi que le numéro attribué au projet de recherche par le CÉR.

Je vous prie d'agréer, Madame Lapierre, mes meilleures salutations.



Appendice O


Formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence.

Chercheur responsable du projet de recherche : Alexandra Lapierre, inf., B.Sc, ét., M.Sc.

Membre du personnel de recherche : Direction : Jérôme Gauvin-Lepage
Co-direction : Hélène Lefebvre

Installation(s) ou site(s) : 

INTRODUCTION

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de ce projet de recherche est de mieux comprendre l'expérience de la collaboration interprofessionnelle, selon le point de vue des professionnels de la santé, lors de la prise en charge d'un polytraumatisé en salle d'urgence d'un centre de traumatologie secondaire. Plus spécifiquement, ce projet vise à identifier quels sont les facteurs facilitants et contraignants la collaboration interprofessionnelle en contexte de traumatologie.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 6 participants, hommes et femmes, professionnels de la santé, ayant une expérience significative en traumatologie.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche se déroulera à l'urgence [REDACTED]

1. Durée et nombre de visites

Votre participation à ce projet de recherche durera 6 mois et comprendra 2 visites, soit une entrevue individuelle ainsi qu'une entrevue de groupe. Chaque visite sera d'une durée approximative de 30 à 60 minutes.

2. Nature de votre participation

Votre participation requiert votre présence lors d'une entrevue individuelle et d'un groupe de discussion focalisée, tous deux, de 60 minutes maximum.

AVANTAGES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne retirerez pas de bénéfices de votre participation à ce projet de recherche. Nous espérons que les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine et au développement de meilleurs traitements pour les patients.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il n'y a aucun inconvénient associé à votre participation à cette étude si ce n'est que le temps qu'elle prendra et le déplacement nécessaire.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec les équipes qui les dispensent.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche ou le Comité d'éthique de la recherche [REDACTED] peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore, s'il existe des raisons administratives

d'abandonner le projet. Cependant, avant de vous retirer de ce projet de recherche, nous vous suggérons de communiquer avec la personne responsable du projet de recherche : Alexandra Lapierre, au [REDACTED]. Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet. Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les données de recherche codées pourront être transmises par le chercheur responsable du projet aux directeurs de la recherche uniquement. Cependant, le chercheur responsable et les personnes à qui il transmettra les données de recherche sont tenus de respecter les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, quels que soient les pays.

Ces données de recherche seront conservées pendant au moins 5 ans par le chercheur responsable de ce projet de recherche. Les données de recherche pourront être publiées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par des organismes réglementaires, au Canada ou à l'étranger, tel que Santé Canada, ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire, de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche [REDACTED]. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin. Par ailleurs, l'accès à certaines informations avant la fin de l'étude pourrait impliquer que vous soyez retiré du projet afin d'en préserver l'intégrité.

COMPENSATION

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant :

[REDACTED]

[REDACTED] veuillez contacter Alexandra Lapierre au numéro suivant : [REDACTED]

[REDACTED] Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services du [REDACTED]

[REDACTED]

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE

Le comité d'éthique de la recherche du [REDACTED] a approuvé le projet et en assurera le suivi. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au [REDACTED]

Titre du projet de recherche : La collaboration interprofessionnelle lors de la prise en charge d'un polytraumatisé à l'urgence.

SIGNATURES

Signature du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. J'autorise l'équipe de recherche à avoir accès à mon dossier médical.

Nom et signature du participant	Signature	Date
---------------------------------	-----------	------

Signature de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement	Signature	Date
---	-----------	------

Engagement du chercheur responsable

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.
Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche
